

UNIVERSIDADE DE LISBOA  
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**ATRASO GLOBAL DO DESENVOLVIMENTO:  
AMBIENTE FAMILIAR, APTIDÕES SOCIAIS E  
COMPORTAMENTO DA CRIANÇA**

**Nádia de Jesus Chirôndio Cunha e Silva**

**MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA**  
(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde/Núcleo de Psicologia Clínica Dinâmica)

**2015**

UNIVERSIDADE DE LISBOA  
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**ATRASSO GLOBAL DO DESENVOLVIMENTO:  
AMBIENTE FAMILIAR, APTIDÕES SOCIAIS E  
COMPORTAMENTO DA CRIANÇA**

**Nádia de Jesus Chirôndio Cunha e Silva**

**Dissertação orientada pela Prof<sup>ª</sup>. Doutora Salomé Vieira Santos**

**MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA**  
**(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde/Núcleo de Psicologia Clínica Dinâmica)**

**2015**

## **Agradecimentos**

Os meus sinceros agradecimentos a todos aqueles que me apoiaram, acompanharam e tornaram possível a realização deste trabalho.

Gostaria de expressar um especial agradecimento à minha orientadora, Professora Doutora Salomé Vieira Santos, pela preciosa ajuda, enorme disponibilidade, rigor e exigência, incentivo e muita paciência ao longo de todo o processo.

À Dra. Maria João Pimentel, que me acompanhou e apoio no trabalho de campo, me incentivou e motivou a continuar.

A toda a equipa da Unidade de Desenvolvimento do Hospital Dona Estefânia, que permitiu a viabilização do trabalho de campo.

A todas as crianças, mães e educadoras que aceitaram participar neste estudo e que partilharam as suas experiências e preocupações.

À minha mãe pelo amor incondicional, pela sua disponibilidade e apoio nos momentos mais difíceis e por não me ter deixado desistir. E ao meu pai por ter confiado em mim.

À minha avó, uma segunda mãe, por todo o carinho, sabedoria e pelo optimismo contagiante.

Ao meu marido por ter sempre acreditado em mim, valorizado as minhas escolhas e por estar sempre ao meu lado pronto para me ouvir e abraçar, mesmo quando os momentos eram de grande tensão.

Aos meus filhos pela sua ingenuidade, pela energia positiva, pela paciência demonstrada nos momentos mais stressantes e por me envolverem nas suas brincadeiras quando precisava de relaxar.

Às minhas amigas, Daniela, Mara e Vanda com quem fui partilhando os meus dias, os meus dramas e as minhas alegrias ao longo de todo este caminho.

## **Resumo**

No presente estudo, com mães e educadoras de crianças com Atraso Global de Desenvolvimento (AGD), visa-se: (1) caracterizar o ambiente familiar, as aptidões sociais e o comportamento da criança em função de variáveis sociodemográficas maternas e da criança; (2) analisar a relação do ambiente familiar com as aptidões sociais e o comportamento; (3) explorar a relação destas dimensões com a preocupação materna relativamente ao desenvolvimento da criança; (4) determinar se existem diferenças entre a perspetiva materna e a das educadoras nas dimensões em estudo. Participaram 34 mães de crianças com AGD (36-83 meses). Utilizou-se a Escala de Ambiente Familiar (FES; dimensão relacional) e as Escalas de Comportamento para a Idade Pré-Escolar – 2ª Edição (ECIP-2), recorrendo-se ainda a uma Ficha para recolha de informação (sociodemográfica, e referente ao desenvolvimento e ao problema da criança). Os resultados mostraram que, relativamente ao ambiente familiar, as mães da classe média/média alta (face às da classe baixa/média baixa) e as que têm mais escolaridade referem níveis mais altos de coesão e expressividade, destacando-se ainda níveis mais altos de conflito nas mães com menos escolaridade. Em relação às aptidões sociais e ao comportamento da criança, salienta-se que as crianças mais velhas tendem a apresentar mais problemas de comportamento internalizantes, identificando também as mães mais novas este tipo de problemas. Observou-se uma relação positiva entre o Conflito familiar e os problemas de comportamento externalizantes. A preocupação materna com o desenvolvimento global e com o comportamento da criança associou-se positivamente com os problemas de comportamento, ocorrendo ainda uma associação (negativa) entre a preocupação com o comportamento e as aptidões sociais. Por último, verificou-se que as mães, comparativamente com as educadoras, identificam mais problemas de comportamento externalizantes. Os resultados obtidos sugerem a importância de, no contexto clínico, se atender não só à criança, mas também ao clima relacional da família.

**Palavras-Chave:** Atraso Global de Desenvolvimento; Ambiente Familiar; Aptidões Sociais e Problemas de Comportamento; Mães e Educadoras

## **Abstract**

This study, involving mothers and pre-school teachers of children with Global Development Delay (GDD), has the following aims: (1) to characterize the family environment, and the social skills and behavior of the child on the basis of mother and children socio-demographic variables; (2) to analyze the relationship of the family environment with the social skills and behavior of the child; (3) to explore the relationship of these dimensions with maternal concern regarding the child's development; (4) to determine whether there are differences between the mothers and pre-school teachers perspective in the dimensions under study. Thirty-four mothers of children with GDD (36-83 months) participated in the study. The Family Environment Scale (FES; relational dimension) and the Portuguese version of the Preschool and Kindergarten Behavior Scales-Second Edition (PKBS-2) were used. A form for collecting information (socio-demographic, problem and child developmental-related) was also used. Results showed that, in terms of family environment, middle/upper middle class mothers (compared to lower/lower middle class mothers) and those with more schooling referred to higher levels of cohesion and expressiveness. Furthermore, mothers with less schooling referred to higher level of conflict. As far as social skills and child behavior are concerned, the older children tended to present more internalizing behavior problems and the younger mothers also identified this type of problems. A positive relationship between family conflict and externalizing behavior problems were observed. Maternal concern with the global development and behavior of the child was positively associated with behavioral problems, while there was also a (negative) association between concern with behavior and social skills. Finally, in comparison with the pre-school teachers, the mothers were found to identify more externalizing behavior problems. The results suggest the importance of meeting not only the needs of the child but also the family relational environment in the clinical context.

**Key-Words:** Global Development Delay; Family Environment; Social Skills and Behavior Problems; Mothers; Pre-School Teachers

## Índice

Introdução.....	1
Capítulo 1. Atraso Global do Desenvolvimento.....	4
1.1. Critérios Relativos à Definição e Prevalência.....	4
1.2. Etiologia e Intervenção Precoce.....	6
Capítulo 2. Ambiente Familiar.....	8
2.1. Aspectos Conceptuais e Consequências para a Criança.....	8
2.2 Estudos Empíricos no Âmbito do Atraso Global do Desenvolvimento .....	11
Capítulo 3. Aptidões Sociais e Problemas de Comportamento.....	14
3.1 Caracterização e Conceptualização.....	14
3.2 Comparação entre Informantes .....	17
3.3 Estudos Empíricos no Âmbito do Atraso Global do Desenvolvimento/Problemas de Desenvolvimento.....	18
Capítulo 4. Objetivos e Hipóteses.....	21
4.1 Objetivos.....	21
4.2 Hipóteses.....	21
Capítulo 5. Método.....	23
5.1 Participantes.....	23
5.1.1 Crianças- Alvo.....	23
5.1.1.1 Caracterização Sociodemográfica .....	23
5.1.1.2 Caracterização do Desenvolvimento.....	23
5.1.1.3 Caracterização de Aspetos Relativos ao Problema.....	24
5.1.2 Mães: Caracterização Sociodemográfica.....	25
5.2 Instrumentos.....	27

5.3 Procedimento.....	30
5.4 Procedimentos Estatísticos.....	31
Capítulo 6. Resultados.....	32
6.1 Análise do Ambiente Familiar, das Aptidões Sociais e do Comportamento em Função de Variáveis da Criança.....	32
6.2 Análise do Ambiente Familiar, das Aptidões Sociais e do Comportamento em Função de Variáveis Maternas.....	34
6.3 Análise da Relação do Ambiente Familiar com as Aptidões Sociais e o Comportamento da Criança.....	37
6.4 Análise da Relação do Ambiente Familiar e das Aptidões Sociais e Comportamento com as Preocupações Maternas com o Desenvolvimento e Comportamento da Criança.....	38
6.5 Análise Comparativa da Perspectiva Materna e da Perspectiva das Educadoras sobre as Aptidões Sociais e o Comportamento da Criança.....	39
Capítulo 7. Discussão.....	40
7.1 Ambiente Familiar, Aptidões Sociais e Comportamento da Criança em Função de Variáveis Sociodemográficas da Criança e Maternas.....	40
7.1.1 Variáveis da Criança.....	40
7.1.2 Variáveis Maternas.....	41
7.2 Relação do Ambiente Familiar com as Aptidões Sociais e o Comportamento da Criança.....	43
7.3 Relação do Ambiente Familiar, das Aptidões Sociais e do Comportamento com as Preocupações Maternas com o Desenvolvimento e Comportamento da Criança.....	43
7.4 Perspectiva Materna e Perspectiva das Educadoras sobre as Aptidões Sociais e o Comportamento da Criança.....	45
Capítulo 8. Conclusão .....	46
Referências.....	50

## Índice de Quadros

Quadro 1. Nível de Escolaridade das Mães – Frequências e Percentagens.....	25
Quadro 2. Grupo Profissional das Mães – Frequências e Percentagens.....	26
Quadro 3. Classe Social das Mães – Frequências e Percentagens.....	26
Quadro 4. Ambiente Familiar (FES), Aptidões Sociais e Comportamento (ECIP-2) em Função do Sexo da Criança (Teste de Mann-Whitney).....	32
Quadro 5. Ambiente Familiar (FES), Aptidões Sociais e Comportamento (ECIP-2) em Função da Idade da Criança (Teste de Mann-Whitney).....	33
Quadro 6. Ambiente Familiar (FES), Aptidões Sociais e Comportamento (ECIP-2) em Função da Criança Ter (ou não) Irmãos (Teste de Mann-Whitney).....	34
Quadro 7. Ambiente Familiar (FES), Aptidões Sociais e Comportamento (ECIP-2) em Função da Idade das Mães (Teste de Mann-Whitney).....	35
Quadro 8. Ambiente Familiar (FES), Aptidões Sociais e Comportamento (ECIP-2) em Função da Escolaridade das Mães (Teste de Mann-Whitney).....	36
Quadro 9. Ambiente Familiar (FES), Aptidões Sociais e Comportamento (ECIP-2) em Função da Classe Social das Mães (Teste de Mann-Whitney).....	37
Quadro 10. Correlação dos Resultados do FES e do ECIP-2.....	38
Quadro 11. Correlação dos Resultados do FES e do ECIP-2 com as Preocupações Maternas com o Desenvolvimento e com o Comportamento da Criança.....	38
Quadro 12. Comparação da Perspectiva das Mães e da Perspectiva das Educadoras sobre as Aptidões Sociais (FES) e o Comportamento da Criança (ECIP-2) (Teste t de Student).....	39



## **Introdução**

O presente estudo centra-se no ambiente familiar percebido por mães de crianças com Atraso Global de Desenvolvimento (AGD), e nas aptidões sociais e comportamento destas, considerando-se, neste caso, as perspetivas das mães e das educadoras. Não foram encontrados estudos nacionais que analisem as duas dimensões nesta população, em particular a sua relação, a qual, aparentemente, também carece de estudo no contexto internacional, esperando-se dar, com este estudo, um contributo para melhorar o conhecimento sobre estas dimensões na população em causa.

Atualmente, a perspectiva mais amplamente aceite é a que considera a definição do AGD como um atraso significativo (dois ou mais desvios-padrão abaixo da média) em duas ou mais áreas do desenvolvimento (motricidade fina e/ou grossa, nível cognitivo, linguagem ou competências sociais e pessoais), sendo restrito à população com idade igual ou inferior a 5 anos (ver Shevell, 2008; Shevell et al., 2003), ainda que em Portugal esta designação se estenda frequentemente a crianças que, apesar de terem mais de cinco anos, ainda não estejam a frequentar o primeiro ciclo do ensino básico (Silva & Albuquerque, 2011). O AGD pode ter um grande impacto na vida da criança, bem como na sua família (Porfírio, Nogueira, Fernandes, & Borges, 1999), e poderá representar um desafio acrescido para as figuras parentais, em particular para as mães, que são geralmente as cuidadoras principais.

Apesar do ambiente familiar estar estudado em diversas populações, a investigação é parca no que diz respeito às perturbações do desenvolvimento e é ainda mais escassa face ao AGD. O ambiente familiar percebido pelas mães de crianças com atraso de desenvolvimento, avaliado através do FES (instrumento também usado no presente estudo), é menos harmonioso do que o de mães de crianças sem problemas, havendo também menos suporte familiar (Warfield, Krauss, Hauser-Cram, Upshur, & Shonkoff, 1999). Quando se comparam famílias com crianças que apresentam atraso de desenvolvimento cuja etiologia é conhecida (e.g., Síndrome de Down) com outras em que a etiologia do problema não é conhecida, sobressai que os níveis de harmonia familiar são mais elevados no primeiro caso (Warfield et al., 1999). Salienta-se ainda que, as famílias de crianças com problemas de desenvolvimento específicos, em comparação com famílias cujas crianças têm um desenvolvimento normativo, identificam que o ambiente familiar tem associados níveis mais elevados de controlo, é menos aberto, propício a mais conflito, havendo também uma menor expressividade na família (Hooshyar, 1985).

A investigação com crianças com atraso de desenvolvimento e défice intelectual mostra que elas têm um risco acrescido de desenvolverem problemas socio-emocionais e de comportamento (e.g., Baker et al., 2003; Brassard & Boehm, 2007; Dykens, 2000; Eisenhower, Baker, & Blacher, 2005). Estudos que utilizaram as PKBS (*Preschool and Kindergarten Behavior Scales*) mostram que as crianças com atraso de desenvolvimento apresentam quatro a cinco vezes mais problemas de comportamento e défices nas aptidões sociais do que as crianças sem atraso de desenvolvimento (Merrell & Holland, 1997).

Com o intuito de se obter uma informação mais completa sobre o comportamento da criança, é aconselhável o recurso a vários informantes, e em diversos contextos (Merrell, 2000, citado por Major, 2011). Assim, este estudo pretende analisar também a relação entre a perspectiva materna e a perspectiva das educadoras nesta dimensão e nas aptidões sociais. Um estudo português sugere que, em crianças entre os 3 e os 6 anos, os pais valorizam mais as aptidões associadas com a interação com outras crianças e com a proximidade com os adultos, enquanto os educadores valorizaram preferencialmente comportamentos mais visíveis em contexto de jardim de infância com impacto no funcionamento do grupo/atividades. Outros autores têm salientado que os pais relatam mais problemas de comportamento externalizantes, comparativamente com os professores, e estes dão mais importância a problemas de relacionamento com os pares (Verhulst e Akkerhuis (1999). No entanto, na população com AGD carece-se de estudos que comparem a perspectiva de diferentes informantes.

Nesta sequência, a análise do ambiente familiar, das aptidões sociais e do comportamento quando as crianças apresentam AGD, tem toda a pertinência dado constituírem domínios pouco estudados, mas que podem ter um grande impacto na vida da criança e na respectiva família.

O presente estudo está organizado em oito capítulos, englobando os três primeiros o enquadramento teórico do estudo. No primeiro capítulo define-se o conceito de AGD, e abordam-se aspetos relativos à etiologia e prevalência, e potenciais consequências do diagnóstico para a intervenção precoce.

No segundo capítulo foca-se o ambiente familiar, designadamente aspetos relativos à conceptualização e consequências para a criança, analisando-se depois o conceito no âmbito do atraso de desenvolvimento.

No terceiro capítulo apresenta-se uma caracterização e conceptualização das aptidões

sociais e dos problemas de comportamento, abordando-se também a comparação entre informantes. As dimensões em causa são depois analisadas no contexto da população em estudo.

No quarto capítulo propõem-se objetivos e hipóteses para o estudo, e no quinto capítulo, relativo ao método, são descritos os participantes do estudo, os instrumentos utilizados, o procedimento e os procedimentos estatísticos.

No sexto e sétimo capítulos apresentam-se, respetivamente, os resultados e a sua discussão.

Por fim, no oitavo e último capítulo são referidas as conclusões do estudo, mencionando-se também as suas limitações e propondo-se pistas para investigação futura.

## **1. Atraso Global do Desenvolvimento**

### **1.1 Critérios Relativos à Definição e Prevalência**

O Atraso Global do Desenvolvimento (AGD) tem sido entendido como um conceito não categorial e flexível (Cohen & Spenciner, 1994), o que é ilustrado pelo facto de não figurar como uma categoria de diagnóstico individualizada no Manual de Diagnóstico e Estatística dos Distúrbios Mentais na sua versão mais recente, DSM-5 (APA, 2013), e não se encontrar referido nas versões anteriores - DSM-IV-R (APA, 2002) e DSM-IV (APA, 1994). No DSM-5 (APA, 2013), o AGD surge enquadrado nas perturbações do desenvolvimento intelectual, aplicando-se a crianças com idade igual ou inferior a 5 anos que não conseguem atingir os marcos do desenvolvimento típicos para a sua faixa etária e que ainda não têm idade para serem avaliadas com escalas standardizadas. Contudo, de acordo com a mesma fonte, as crianças com um diagnóstico de AGD devem ser reavaliadas após algum tempo. Na linha do mencionado no DSM, a utilização da designação AGD apenas até à idade escolar é realçada por vários autores (e.g., Cohen & Spenciner, 1994; Shevell et al., 2003; Vance, 1998), ainda que em Portugal se verifique um uso mais generalizado do termo, sendo comum a sua utilização em relação a crianças no início da idade escolar (Silva & Albuquerque, 2011).

Segundo McConnell (1998), quando uma criança não adquire as “tarefas desenvolvimentistas” correspondentes à sua faixa etária, e não há um diagnóstico específico, ou qualquer condição aparente que explique tal situação, existe uma tendência para se considerar que a criança tem um atraso do desenvolvimento. Contudo, tal não significa que a criança tenha uma perturbação do desenvolvimento, já que esta implica uma alteração sequencial do desenvolvimento, uma mudança qualitativa ou um desvio do funcionamento desenvolvimentista (Lieberman, Barnard, & Wieder, 2004). Em contradição com esta perspectiva, que diferencia o AGD da perturbação de desenvolvimento, encontram-se as definições de Molofsky e Gold (1988) e, mais recentemente, de Shevell et al. (2003; ver também Shevell, 2008), nas quais o AGD é apresentado como uma subcategoria das perturbações do desenvolvimento. Molofsky e Gold (1988) definem-no como um atraso, deficiência ou regressão na aquisição das aprendizagens adequadas à faixa etária, encarando-o como uma perturbação, visto que, segundo os autores, pode implicar regressão e deficiência. Por sua vez, Shevell (2008) e Shevell et al. (2003) acentuam que o AGD é utilizado face a crianças com idade igual ou inferior a cinco anos e os resultados obtidos nas

avaliações de desenvolvimento devem estar dois ou mais desvios-padrão abaixo da média do grupo etário em duas ou mais áreas do desenvolvimento: motricidade fina e/ou grossa, nível cognitivo, linguagem ou competências sociais e pessoais. A partir dos cinco anos, a designação “perturbação do desenvolvimento” torna-se a mais apropriada para identificar as crianças anteriormente classificadas com AGD (Shevell, 2008; Shevell et al., 2003), na linha, aliás, do referido no DSM-5. Contudo, nem todas as crianças com AGD virão a apresentar um défice cognitivo (Shevell et al., 2003) ou, de acordo com a expressão mais recentemente utilizada, um défice intelectual (*intellectual disability*) (ver Schalock et al., 2007).

Na linha do que foi referido anteriormente, e atendendo às várias tentativas para operacionalizar o conceito, alguns autores salientam que é possível agrupar as definições de AGD em dois grandes grupos: as genéricas, que se limitam a definir o AGD como um atraso que uma criança apresenta na aquisição das “tarefas desenvolvimentistas” típicas da idade, numa ou mais áreas do desenvolvimento (Bellman & Cash, 1987; ver Schoon, Sacker, Hope, Callishaw, & Maughan, 2005) e as definições que fazem referência a um critério (ver Bellman & Cash, 1987; Cohen & Spenciner, 1994) ou a dois ou mais critérios (ver Bellman & Cash, 1987; Ferreira, 2004; Shevell, 2008; Shevell et al., 2003). Assim, há uma dificuldade em identificar claramente o número de áreas que devem estar afectadas para se considerar a presença do AGD, já que tal número, ou não é especificado, ou varia entre uma/duas ou mais áreas. Para além disso, as definições que procuram operacionalizar o conceito de AGD fazem-no tendo em conta discrepâncias relativamente à idade cronológica (Barber 1981, cit. por Bellman & Cash, 1987) ou, mais recentemente, atendendo ao desempenho individual, avaliado com uma escala de desenvolvimento, especificando se ele é 1,5 (Brassard & Boehm, 2007), 2 ou mais desvios-padrão inferior à média do respectivo grupo etário (Brassard & Boehm, 2007; Ferreira, 2004; Luiz et al., 2006; Shevell, 2008; Shevell et al., 2003).

A heterogeneidade de critérios, acima descrita, pode estar associada à variabilidade do desenvolvimento infantil e à plasticidade cognitiva, emocional e comportamental das crianças (Bellman & Cash, 1987), o que torna, neste e noutros casos, a avaliação pré-escolar muito diferente e mais exigente do que a avaliação noutras faixas etárias (Silva & Albuquerque, 2011).

Actualmente, a perspectiva mais amplamente aceite é a que considera a definição do AGD como um atraso significativo (dois ou mais desvios-padrão abaixo da média) em duas ou mais áreas do desenvolvimento, sendo restrito à população com idade igual ou inferior a 5 anos (ver Shevell, 2008; Shevell et al., 2003), ainda que em Portugal esta designação se

estenda, como se referiu, a crianças que, apesar de terem mais de cinco anos, ainda não estão a frequentar o primeiro ciclo (Silva & Albuquerque, 2011).

O AGD tem uma prevalência de 1 a 3%, na população ocidental infantil (Srouf et al., 2006), e apresenta um grande impacto na vida da criança, bem como na respectiva família (Porfírio, Nogueira, Fernandes, & Borges, 1999).

## **1.2 Etiologia e Intervenção Precoce**

O desenvolvimento da criança decorre da interacção entre as características biológicas e as experiências proporcionadas pelo meio (e.g., Rutter, 1989; Garbarino, 1990; Pilz & Schermann, 2007; Figueiras, Pedromônico, Sales & Figueiras, 2000). Deste modo, considera-se o desenvolvimento infantil um processo multifactorial, resultando da combinação de factores biológicos, ambientais, familiares e sociais, de risco ou de protecção, que culminam num desenvolvimento único e particular (Rutter, 1989; Halpern & Figueiras, 2004).

A grande variabilidade entre crianças com aquisições normais e crianças com alterações subtis, mas com significado clínico, tornam o diagnóstico etiológico do AGD um desafio (Oliveira, Roddrigues, Venâncio, Saraiva & Fernandes, 2012).

Um estudo de Majnemer e Shevell (2006) identificou que em 55% a 80% das crianças há uma etiologia associada ao AGD. Num estudo mais recente estes dados seguem em parte a mesma tendência, referindo-se que existe uma causa associada ao AGD em 10% a 80% dos casos (Koul, Al-Yahmedy, & Al-Futaisi, 2012). Paradoxalmente, num outro estudo, igualmente recente, revela-se que, excluídas causas ambientais, a etiologia do AGD se mantém desconhecida em cerca de 50 a 80% dos casos, sendo um problema heterogéneo, com um fenótipo variável, desde ligeiro a grave, que surge isolado ou como parte de uma síndrome, com um padrão de hereditariedade igualmente diverso (Oliveira et al., 2012).

Na maioria das vezes não se pode estabelecer uma única causa, existindo uma associação de diversas etiologias associadas com o AGD, conferindo-lhe uma característica multifactorial. Assim sendo, outros estudos mostram que, excluídas as causas não genéticas (com uma contribuição importante em cerca de 20 a 40% dos casos), a maioria das situações de AGD tem uma origem genética. Esta tanto pode resultar de anomalias cromossómicas (micro ou submicroscópicas), como constituir uma doença monogénica com transmissão mendeliana, podendo variar desde alterações citogenéticas, mutações pontuais, até mesmo alterações epigenéticas (Tooper, Ober, & Das, 2011).

Para além das anomalias cromossómicas e das doenças genéticas, constituem ainda causas etiológicas principais do AGD a asfixia perinatal, as infeções uterinas, as dismorfias cerebrais, as privações psicossociais graves e a exposição a elementos tóxicos (Srour et al., 2006).

A investigação etiológica inclui, geralmente, estudos neuroimagiológicos (para detecção de malformações do SNC, doenças neurodegenerativas, anomalias de desenvolvimento do SNC), estudos cromossómicos (cromossomopatias), moleculares (por exemplo, X frágil) e metabólicos (mucopolissacaridoses, doenças do ciclo da ureia, outras doenças metabólicas) (Oliveira et al., 2012).

Refira-se ainda que a probabilidade de encontrar uma etiologia para o AGD é menor nos rapazes do que nas raparigas (30% *versus* 59%) (Srour et al., 2006). Contudo, estudos com a população geral revelam que o AGD é mais frequente no sexo masculino, principalmente devido ao grande número de casos ligados ao cromossoma X (Oliveira et al., 2012).

Quando o AGD não está associado a outra patologia grave, indicativa de lesão do sistema nervoso central, como microcefalia ou macrocefalia, constata-se que as crianças têm características comuns do ponto de vista social e cultural (Porfirio et al., 1999). Características essas que podem ser consideradas factores de risco como o baixo nível social, a localização da habitação num meio ambiente degradado (meio natural ou social), o nível de instrução baixo, especialmente da mãe (Porfirio et al., 1999), a ordem elevada de nascimento na fratria (Drews, Yeargin-Allsopp, Decouflé, & Murphy, 1995) e o baixo rendimento económico (Porfirio et al., 1999).

Excluindo os casos de dismorfias (síndromes genéticas como, por exemplo, a Trissomia 21), de patologia já identificada ou de situações de risco, como a prematuridade, a maior parte dos pais de crianças com AGD recorre a um profissional de saúde por elas não cumprirem as metas de desenvolvimento nas idades esperadas (Shapiro, 2002). O conhecimento da causa do AGD é importante para que haja uma orientação clínica adequada, uma definição do prognóstico e, quando se justifique, um encaminhamento para aconselhamento genético. O AGD é, aliás, o motivo mais frequente para que ocorra referenciação para uma consulta de genética (Oliveira et al., 2012). Acresce que tem sido também apontado como uma das causas mais comuns do encaminhamento das crianças para os serviços de neurologia e pediatria do desenvolvimento (Srour, Mazer, & Shevell, 2006), e

é um dos critérios para a elegibilidade da criança no domínio da intervenção precoce em diferentes países, nomeadamente nos E.U.A. (Individuals with Disabilities Education Act, 1997) e também em Portugal (Decreto-Lei nº 3/2008, de 7 de Janeiro).

No nosso país, a selecção dos casos para apoio em intervenção precoce é feita pelas equipas de intervenção directa, das quais podem fazer parte, médicos, psicólogos, técnicos de serviço social, terapeutas e enfermeiros (Decreto-Lei nº 3/2008, de 7 de Janeiro). Porém, é importante notar que o termo AGD é muito usado quer por estas equipas, quer por outros profissionais que trabalham com crianças em idade pré-escolar, como os educadores de infância, tendo em vista, entre outros objectivos, a identificação ou sinalização das crianças que necessitam do apoio de serviços de educação especial, adquirindo, assim, grande importância não só na intervenção dos 0 aos 3 anos, mas também no contexto pré-escolar (Silva & Albuquerque, 2011).

Um diagnóstico atempado e uma intervenção, o mais precoce possível, poderá permitir minorar as dificuldades da criança com AGD, ajudando-a a potencializar as suas capacidades e a encontrar o seu lugar na sociedade.

## **2. Ambiente Familiar**

### **2.1 Aspectos Conceptuais e Consequências para a Criança**

A família constitui-se como um dos pilares do desenvolvimento individual e da maturidade emocional de cada indivíduo (Winnicott, 1965). Com efeito, ela não só assegura a continuidade do ser humano de geração em geração, como é um contexto de transmissão de vida, cultura e desenvolvimento, sendo também o primeiro contexto de socialização da criança, a partir do qual se alicerça um processo progressivo de individuação e socialização (Musitu, Román, & Gutiérrez, 1996).

Nos primeiros anos da infância, a família é responsável pelo cuidado e promoção do desenvolvimento da criança. Em famílias ditas sem problemas, as crianças aprendem que podem contar com o meio ambiente próximo para obterem segurança física e emocional, e adquirem comportamentos que lhes permitirão manter o seu bem-estar e desenvolver autonomia face aos pais (Repetti, Taylor, & Seeman, 2002).

No entanto, o funcionamento da família tem um impacto ainda mais significativo para crianças em idade pré-escolar, não só por estas serem especialmente moldáveis aos ambientes



circundantes, mas também porque a família constitui o ambiente relacional preferencial neste período (Weiss, Goebel, Page, Wilson, & Warda, 1999).

O ambiente familiar é um conceito amplamente estudado e permite uma avaliação das relações dentro da família. Nos anos 70, Moos (1976, citado por Shulman & Prechter, 1989) introduziu o conceito de “ambiente familiar” para se referir às percepções que os indivíduos têm do seu meio familiar e posteriormente Moos e Moos criaram o instrumento *Family Environment Scale* (FES), com o intuito de obterem uma melhor compreensão acerca do ambiente social das famílias (Santos & Fontaine, 1995). Não obstante a FES ter sido o primeiro instrumento a avaliar o ambiente familiar, existem vários que pretendem avaliar o mesmo construto, mas que acabam por se afastar da concepção original proposta por Moos (ver Teodoro, Allgayer & Land, 2009).

Para Moos e Moos, o ambiente familiar apresenta três dimensões conceptuais, descritas a seguir (Santos & Fontaine, 1995). A dimensão da *relação*, que se refere ao nível de compromisso e coesão existente entre os membros da família (grau de compromisso, ajuda e apoio que os membros da família providenciam uns aos outros), à expressividade aberta dos sentimentos positivos ou negativos (até que ponto é que os membros da família são encorajados a agir abertamente e a expressar os seus sentimentos diretamente) e ao conflito entre os membros da família (a quantidade de zangas, agressões e conflitos que são expressos abertamente). A dimensão do *crescimento pessoal*, que pretende compreender até que ponto os membros da família são assertivos, auto-suficientes e tomam as suas próprias decisões, qual o seu interesse numa vida social, intelectual e cultural, até que ponto participam em actividades sociais e recreativas, e qual a ênfase em questões e valores éticos e religiosos. Por fim, a dimensão *manutenção do sistema*, que diz respeito à organização e estruturação do planeamento das actividades familiares, e à extensão pela qual são enfatizadas regras e procedimentos para gerir a vida familiar (ver Santos & Fontaine, 1995; ver também Montiel-Nava, Montiel-Barbaro, & Peña, 2005). No presente estudo avalia-se o ambiente relacional, contemplando-se, portanto, apenas a primeira dimensão (relação).

A coesão familiar, a par do conflito, tem sido das variáveis mais estudadas. Olson e McCubbin (1983, citado por Amato, 1989) defenderam que a coesão é uma dimensão significativa da vida familiar que unifica um grande número de conceitos: proximidade emocional, frequência da interacção, preferência por actividades intra-grupo, apoio mútuo, interesses partilhados, objectivos comuns e interdependência.

Baixos níveis de coesão familiar estão associados a problemas de comportamento em crianças (e.g., agressão), sobressaindo que a coesão familiar é um factor positivo no desenvolvimento e adaptação da criança, independentemente da sua idade (Shulman & Prechter, 1989). Um estudo de Olson (2000), que utiliza a Family Adaptability and Cohesion Scale (FACES), mostrou que os membros das famílias que apresentam níveis equilibrados de coesão têm capacidade para ser independentes ao mesmo tempo que se sentem vinculados à sua família.

Paralelamente, a forma como as crianças percecionam as interações na família é influenciada pela expressividade familiar. Por exemplo, crianças com pais que expressam pouco afeto negativo, percecionam o conflito parental como algo ameaçador (Fosco & Grych, 2007). Um estudo de Halberstadt, Dennis e Hess (2011), com o Family Expressiveness Questionnaire (FEQ), mostrou que crianças de famílias com níveis elevados de expressividade familiar compreendem os estados emocionais dos seus membros, o que lhes dá maior capacidade para expressar emoções, e crianças de famílias com níveis baixos de expressividade têm mais dificuldade em transmitir emoções.

Estudos com a FES mostram que um ambiente familiar com altos níveis de coesão e de expressividade, e com baixos níveis de conflito sugere um ambiente saudável e positivo, que promove o desenvolvimento da criança (Soliday, Kool, & Lange, 2001), enquanto um ambiente familiar negativo, caracterizado por altos níveis de conflito e baixo afeto pode comprometer o desenvolvimento saudável (Walsh, 2003). Mais recentemente, Lucey e Lam (2012) realizaram um estudo com adolescentes entre os 14 e os 18 anos, também com recurso à FES, o qual mostrou que altos níveis de conflito e baixos de coesão, independência e organização familiar estavam associados a um maior risco de suicídio nestes adolescentes. Num estudo longitudinal com a escala HOME, que pretendia analisar diversos fatores associados com a qualidade do ambiente familiar, capta-se que, nas mães com mais escolaridade, o ambiente familiar é mais positivo (Martins, Costa, Saforcada, & Cunha, 2004). Pode supor-se que estas mães tiveram mais acesso a informação sobre o desenvolvimento infantil e que desta forma interagem mais com os seus filhos, respondem de forma mais adequada às suas solicitações e oferecem melhores condições físicas e emocionais para o desenvolvimento da criança. Os autores verificam ainda que a idade da mãe não apresenta uma relação significativa com o ambiente familiar, no entanto, referem que o facto de a mãe ser adolescente representa um factor de risco para o desenvolvimento da criança. O mesmo estudo refere ainda que há uma maior percentagem de crianças do sexo

masculino em ambientes familiares percebidos como mais negativos e que um maior número de irmãos também se associa positivamente com este tipo de ambiente (Martins et al., 2004). Outros estudos consideram o número de irmãos como um factor de risco para a qualidade do ambiente familiar, no sentido em que famílias numerosas tendem a estimular menos a criança (Andraca, Pino, La Parra, Rivera, & Castilo, 1998; Sameroff & Seifer, 1983).

Em suma, a investigação mostra que os processos familiares positivos, e a ausência de processos negativos, associam-se com níveis elevados de competências pessoais e sociais nas crianças, e servem de modelo à adaptação social, emocional e interpessoal do indivíduo ao longo do ciclo de vida (Amato, 1989; Shulman & Prechter, 1989).

## **2.2 Estudos Empíricos no Âmbito do Atraso Global do Desenvolvimento**

Da revisão de literatura efectuada destacou-se que, apesar do ambiente familiar estar estudado em diversas populações, a investigação ainda é parca no que diz respeito às perturbações do desenvolvimento e é praticamente inexistente face ao AGD, o que permite validar a relevância do presente estudo.

A interação familiar pode ser afetada de várias formas pela presença de uma criança com atraso de desenvolvimento (Brown, MacAdam-Crisp, Wan, & Iarocci, 2006) e as consequências podem perdurar no tempo. Um estudo longitudinal levado a cabo por Warfield e colaboradores (Warfield, Krauss, Hauser-Cram, Upshur, & Shonkoff, 1999) com crianças com atraso de desenvolvimento, mostrou que, quando o ambiente familiar era percebido como menos harmonioso e com menos suporte familiar durante o primeiro ano de vida da criança (a média de idades das crianças era de 9 meses), esta percepção não sofria alterações quando as crianças tinham 3 e 5 anos, revelando que esta dimensão tende a ser estável no tempo.

O mesmo estudo revelou também que, quando a etiologia do atraso de desenvolvimento era conhecida (e.g., Síndrome de Down), os níveis de harmonia familiar eram mais elevados do que quando não havia uma etiologia conhecida (Warfield et al., 1999). Num outro estudo mais recente (Perry, Harry, & Minnes, 2005), efectuado com famílias de crianças com atraso de desenvolvimento, verificou-se que, pelo menos numa das dimensões do ambiente familiar, que reflete as estratégias de *coping* que a família tem à sua disposição (e.g., expressividade e organização), as famílias de crianças com e sem atraso de

desenvolvimento não se distinguiram significativamente, obtendo ambos resultados positivos. O mesmo estudo revelou ainda que não existiam diferenças significativas em todas as dimensões da FES em função do tipo de atraso de desenvolvimento, da severidade deste atraso e da idade das crianças.

Núñez (2003), num estudo que integra famílias com filhos que apresentam défice intelectual, concluiu que o conflito familiar não surge como resultado directo do défice, mas é antes função da família se conseguir adaptar, ou não, à situação. Esta e outras situações de crise exigem à família mudanças e adaptação à nova circunstância adversa, devendo a família ter capacidade para superar os conflitos com que se vai confrontando, e conseguir uma boa qualidade das relações entre os seus membros, bem como com o meio social onde se insere (Pratta & Santos, 2007). Numa outra linha, Hooshyar (1985) mostrou que, em crianças com atraso de desenvolvimento, com diferentes tipos de défice associados, estes afectam sobretudo a dimensão de controlo da FES, percepcionando os elementos da família níveis mais baixos de controlo. Segundo o autor, tal resultado pode dever-se ao facto de, nas famílias de crianças com atraso de desenvolvimento sem nenhum tipo de défice associado, o clima familiar promover independência, abertura e expressividade, e, consequentemente, reduzir o conflito intrafamiliar. Contudo, o autor verificou que a dimensão “crescimento pessoal” não é percepcionada de forma diferente por famílias de crianças com e sem atraso de desenvolvimento. Acresce que, à medida que aumenta o número de filhos em casa, o controlo na família é percepcionado como mais elevado e com menor expressividade (Hooshyar, 1985).

Outros autores defendem que cuidar e educar uma criança com uma perturbação do desenvolvimento não só aumenta o risco de stress parental, como a própria família fica afectada e propensa a níveis mais altos de stress (Perry, Harris, & Minnes, 2005). Margalit e Ankonina (1991), num estudo que pretendia analisar o clima familiar com a FES, verificaram que pais de crianças com perturbações de desenvolvimento, comparativamente com pais de crianças com um desenvolvimento típico, referiam menos suporte familiar e menos oportunidades de crescimento pessoal. Alguns autores mencionam ainda que as famílias de crianças com perturbações do desenvolvimento, apresentam menos recursos e mais problemas nas relações interpessoais, bem como um menor investimento parental no desenvolvimento da criança (Ferreira & Marturano, 2002).

Tzoufi et al. (2005), num estudo sobre o ambiente familiar de crianças com doença neurológica crónica, com a FES, concluíram que as famílias destas crianças,

comparativamente com o grupo de controlo, apresentavam níveis mais baixos de expressividade e níveis mais altos de conflito. Também Breslau (1983, citado por Tzoufi et al., 2005) estudou famílias de crianças com fibrose quística e com paralisia cerebral, e mostrou que, nas famílias de crianças com estes problemas, observam-se níveis mais baixos de coesão familiar, comparativamente com famílias de crianças sem problemas.

Schroeder e Kelley (2008) mostraram que crianças com Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção tinham um ambiente familiar menos organizado e com mais conflito familiar do que o grupo de controlo. Montiel-Nava et al. (2005), num estudo sobre o efeito do ambiente familiar no desenvolvimento da PHDA, obtiveram resultados mais baixos nas dimensões relação e crescimento pessoal, da FES, em comparação com o grupo de controlo. Johnston e Mash (2001), num artigo de revisão, sugerem ainda que a presença de crianças com PHDA se associa a vários graus de desajustamento na família e no funcionamento conjugal.

As crianças com dificuldades de aprendizagem constituem uma outra população em que o clima familiar tem sido estudado, existindo uma forte relação entre os problemas de aprendizagem e características da família (Lombana, 1992). Sobressai que os pais de crianças com dificuldades de aprendizagem, em comparação com pais de crianças sem estes problemas, mostram mais preocupação com a organização familiar, são mais ansiosos (Margalit & Heiman, 1988) e identificam menos coesão familiar e mais dificuldades de comunicação acerca dos problemas (Morrison & Zetlin, 1992). Verifica-se também que, nas famílias das crianças com dificuldades de aprendizagem, há menos independência e mais conflito, ao mesmo tempo que a ênfase é maior nos resultados alcançados e menor no crescimento pessoal e nas actividades recreativas (Margalit & Almougy, 1991).

Numa outra linha, um estudo efectuado com a escala HOME, que visava a relação entre o ambiente familiar e o desenvolvimento cognitivo da criança, mostrou que a escolaridade materna, acima de cinco anos, se associava positivamente com uma melhor organização do ambiente físico, uma maior estimulação diária, mais disponibilidade de materiais e jogos apropriados para a criança, e um maior envolvimento emocional e verbal da mãe com a criança (Andrade, Santos, Bastos, Pedromônico, Almeida-Filho & Barreto, 2005).

Em conclusão, o ambiente e as relações familiares constituem a base para promover o desenvolvimento afetivo, social e cognitivo da criança. Assim, a família pode actuar como um factor de protecção desse processo, fornecendo experiências variadas e de qualidade. No

entanto, também pode constituir um factor de risco, ao privar a criança de um ambiente familiar estruturado e com estímulos adequados (Andrade et al., 2005).

### **3. Aptidões Sociais e Problemas de Comportamento**

#### **3.1 Caracterização e Conceptualização**

Walker e colaboradores (Walker, Ramsey, & Gresham, 2004) operacionalizaram o construto aptidões sociais, considerando que estas representam um conjunto de competências que: (a) facilitam a iniciação e manutenção de relações sociais positivas, (b) contribuem para a aceitação pelos pares e para o desenvolvimento de amizades, (c) resultam num ajustamento escolar satisfatório, e (d) permitem às crianças lidarem e adaptarem-se aos requisitos do meio social.

Para Denham e Burton (2003) a competência social e as aptidões sociais são encaradas como a base para o bem-estar futuro, uma vez que, após a primeira infância, em que dominou a vinculação com as figuras parentais, o jardim-de-infância irá facultar à criança um ambiente propício para que, através da brincadeira e da aprendizagem, se envolva em diversas situações sociais com os pares e tome consciência da perspectiva dos outros.

Deste modo, diversas investigações têm salientado que, défices nas aptidões sociais numa idade precoce se associam com dificuldades futuras (Lane, Stanton-Chapman, Jamison, & Phillips, 2007) como isolamento/evitamento social (Merrell & Gimpel, 1998), perturbação de hiperactividade e défice de atenção (Merrell & Gimpel, 1998; Merrell & Wolfe, 1998), atraso e perturbações no desenvolvimento (Baker et al., 2003; Merrell & Holland, 1997), dificuldades de aprendizagem (Merrell & Gimpel, 1998) e abandono escolar (Lopes et al., 2006; Walker et al., 2004).

No que diz respeito aos problemas de comportamento, o carácter paradoxal da normatividade das dificuldades comportamentais em crianças em idade pré-escolar chama a atenção para a dificuldade do diagnóstico em idades precoces (Gardner & Shaw, 2008). Neste sentido, a abordagem dos problemas de comportamento na idade pré-escolar tem-se revelado bastante complexa, especialmente devido à dificuldade em definir o que é um problema com relevância clínica nesta faixa etária (Major, 2011). A conceptualização e a caracterização dos problemas de comportamento tem sido amplamente estudada por Achenbach (Achenbach,

1991; Achenbach & Edelbrock, 1978) que tem vindo a realizar diversas investigações sobre os comportamentos problemáticos das crianças, tendo identificado duas dimensões: os problemas internalizantes e os problemas externalizantes. Paralelamente, na literatura o mais frequente é a divisão dos problemas de comportamento das crianças em idade pré-escolar ser também feita nestas duas categorias gerais: comportamentos extereorizados ou externalizantes e interiorizados ou internalizantes (Campbell, 2002).

Em termos gerais, os problemas externalizantes caracterizam-se por uma dificuldade na capacidade de auto-regulação do comportamento, que origina o descontrolo comportamental, e a presença de uma carga emocional negativa dirigida aos outros sob a forma de raiva, agressividade ou frustração (Achenbach, 1991; Achenbach & Edelbrock, 1978). Podem incluir comportamentos de hiperactividade, delinquência e agressividade (Achenbach, 1991; Achenbach & Edelbrock, 1978). Nos problemas internalizantes, as emoções negativas estão, na generalidade, voltadas contra o próprio e tende a haver um controlo excessivo do comportamento, originando comportamentos de inibição, ansiedade e tristeza (Achenbach, 1991; Achenbach & Edelbrock, 1978).

Desta forma, os problemas externalizantes e os problemas internalizantes constituem as grandes dimensões nas quais se classifica a maior parte dos comportamentos problemáticos das crianças, incluindo das crianças em idade pré-escolar (Achenbach & Edelbrock, 1978; Campbell, 2002).

A importância da identificação de problemas de comportamento na criança tem sido amplamente reconhecida, dado que esta é uma perturbação frequente na idade pré-escolar e acerca da qual a literatura revela que, quanto mais precoce for a intervenção, maior será a sua eficácia (Gardner, Shaw, Dishion, Supplee, & Burton, 2007). De facto, vários estudos enfatizam a importância da identificação precoce de problemas de comportamento na criança para que a intervenção seja feita o mais cedo possível, dado o risco de consequências negativas na idade escolar, adolescência e vida adulta (e.g., delinquência, comportamentos antissociais, desemprego) (Campbell, 1995; Harvey, Youngwirth, Thakar, & Errazuriz, 2009).

Nesta sequência, a avaliação dos problemas de comportamento tem-se revelado de grande importância para a sinalização e intervenção com crianças em idade pré-escolar (Winsler & Wallace, 2002). Note-se que, apesar de existirem diversas escalas para a avaliação socioemocional de crianças em idade pré-escolar, ao longo deste trabalho deu-se destaque à escala desenvolvida por Merrell (1994), primeiro a *Preschool and Kindergarten Behavior Scales* (PKBS) e posteriormente (em 2002) a sua segunda edição (PKBS-2)

(Merrell, 2002, citado por Major, 2011), bem como a estudos com ela realizados, dado que a adaptação portuguesa da PKBS-2 foi usada neste estudo.

Passando agora à relação entre as aptidões sociais e os problemas de comportamento, ela é estreita e recíproca. Neste sentido, é sugerido que, por um lado, os problemas sociais podem estar envolvidos no desenvolvimento de problemas de comportamento internalizantes e externalizantes (Mesman, Bongers, & Koot, 2001; Warnes, Sheridan, Geske, & Warnes, 2005) e, por outro lado, crianças com comportamentos interiorizados são muitas vezes negligenciadas pelos pares e aquelas que apresentam comportamentos exteriorizados têm maior probabilidade de serem rejeitadas (Elksnin & Elksnin, 1995, citado por Major, 2011).

Também se tem demonstrado que um padrão de vinculação inseguro, a severidade inicial dos problemas, o funcionamento linguístico, as aptidões sociais, as perturbações de desenvolvimento, o sexo, e a própria aparência física das crianças têm impacto no desenvolvimento de problemas de comportamento em crianças com idade pré-escolar (Brassard & Boehm, 2007; Qi & Kaiser, 2003).

Diversos autores referem que a identificação precoce de problemas de comportamento e de dificuldades no funcionamento interpessoal assumem especial importância no período pré-escolar (Campbell, Shaw, & Gilliom, 2000; Konold, Hamre, & Pianta, 2003; Winsler & Wallace, 2002), uma vez que a área afectiva e as competências de relação influenciam o funcionamento da criança na família, na escola e na comunidade (Knoff, Stollar, Johnson, & Chenneville, 1999, citado por Major, 2011).

Uma palavra ainda para a relação das aptidões sociais e dos problemas de comportamento com algumas variáveis sociodemográficas. Verifica-se, por exemplo, que as crianças provenientes de meios sócio-económicos mais desfavorecidos apresentam uma maior incidência de problemas de comportamento (Ackerman, Brown, & Izard, 2003; Qi & Kaiser, 2003). Foram conduzidos diversos estudos que mostraram ainda que o nível de escolaridade materna é influente nos resultados de avaliações socioemocionais (e.g., Andersson & Sommerfelt, 2001; Bradley & Cornwyn, 2002). Por exemplo, um estudo de Major (2007) concluiu que as crianças cujas mães tinham níveis mais baixos de escolaridade (1º e 2º ciclos) foram percebidas como possuindo menos aptidões sociais e mais problemas de comportamento, em comparação com aquelas cujas mães tinham níveis de escolaridade equivalentes ou superiores ao 3º ciclo (Major, 2007).

Relativamente a diferenças em função do sexo, sobressai que as raparigas apresentam, tendencialmente, um comportamento social mais positivo do que os rapazes (e.g., Brassard & Boehm, 2007; Merrell & Gimpel, 1998; Major & Seabra-Santos, 2014a), e estes têm mais



problemas de comportamento do que as raparigas (Fonseca, Simões, Rebelo, Ferreira & Cardoso, 1994; Major & Seabra-Santos, 2014a). Os resultados de um estudo de Anselmi e colaboradores (Anselmi, Piccinini, Barros, & Lopes, 2004), com crianças de 4 anos e em que se utilizou o CBCL, vão na mesma linha já que as crianças do sexo masculino foram as que apresentaram mais problemas de comportamento, sobretudo externalizantes; as crianças do sexo feminino não só apresentaram menos problemas de comportamento como, em geral, as principais queixas remetiam para comportamentos internalizantes. O estudo de Anselmi et al. (2004) revelou também que os problemas externalizantes são mais frequentemente do que os problemas internalizantes. Outro estudo, também com o CBCL, mas com crianças mais velhas (López-Soler, Sáez, López, Fernández, & Pina, 2009), seguidas na consulta de pediatria do hospital de Múrcia, de idades compreendidas entre os 6 e os 12 anos, mostrou que os comportamentos externalizantes eram em número superior aos internalizantes, para rapazes e raparigas, e que os comportamentos externalizantes mais frequentemente identificados eram os comportamentos antissociais (em ambos os sexos), de oposição e de défice de atenção/hiperactividade (maior prevalência nos rapazes) .

### **3.2 Comparação entre Informantes**

Com o intuito de se obter um retrato mais completo dos comportamentos da criança, é aconselhável o recurso a vários informantes e com referência a diversos contextos (Merrell, 2000, citado por Major, 2011). Vários estudos mostram que, de uma forma geral, há um maior acordo entre pais e educadores/professores face a problemas externalizantes do que para os comportamentos internalizantes, mais difíceis de observar (Gagnon, Nagle, & Nickerson, 2007; Winsler & Wallace, 2002), parecendo existir também um maior grau de acordo entre informantes para problemas de comportamento do que para aptidões sociais (Goodman, 2001; Winsler & Wallace, 2002).

Em contradição com o antes referido face ao comportamento, um estudo de Verhulst e Akkerhuis (1999), com crianças entre os 4 e os 12 anos, mostrou que os pais relatam mais problemas de comportamento externalizantes do que os professores, nomeadamente relacionados com hiperactividade, dando os professores mais importância a problemas de relacionamento com os pares (e.g., isolamento) ou com interferência no funcionamento das actividades (e.g., pouca participação). Num outro estudo (Major & Seabra-Santos, 2014 a), com crianças de idades entre os 3 e os 6 anos, verificou-se que os pais valorizam mais as aptidões associadas à interação com outras crianças (e.g., demonstrar afeto por outras

crianças, fazer amigos) e de proximidade para com os adultos, e os educadores valorizaram mais comportamentos mais visíveis em contexto de jardim de infância com impacto no funcionamento do grupo/actividades (e.g., sentar-se e ouvir histórias, ser aceite e apreciado pelos pares e conseguir separar-se dos pais).

Diversos estudos sugerem um menor grau de acordo entre informantes com papéis diferentes na vida da criança (por exemplo, é menor o acordo entre pais e professores do que entre as figuras parentais) (Gagnon et al., 2007; Goodman, 2001; Winsler & Wallace, 2002) e que os pais (em especial a mãe), comparativamente com os educadores/professores, tendem a classificar os filhos como tendo mais problemas de comportamento (Gagnon et al., 2007; Winsler & Wallace, 2002).

### **3.3 Estudos Empíricos no Âmbito do Atraso Global do Desenvolvimento/Problemas de Desenvolvimento**

A investigação com crianças com atraso de desenvolvimento e défice intelectual mostra que estas têm um risco acrescido de problemas sociais, emocionais e de comportamento (e.g., Baker et al., 2003; Brassard & Boehm, 2007; Dykens, 2000; Eisenhower, Baker, & Blacher, 2005; Feldman, Hancock, Rielly, Minnes, & Cairns, 2000; Holland & Merrell, 1998; Merrell & Holland, 1997). Constata-se mesmo que crianças em idade pré-escolar com algum tipo de atraso no desenvolvimento, comparativamente com crianças sem problemas de desenvolvimento, têm uma probabilidade 3 a 4 vezes maior de exibirem problemas de comportamento (Baker, Blacher, Crnic, & Edelbrock, 2002; Gadow, DeVicent, Pomeroy, & Azizian, 2004).

Com efeito, a investigação levada a cabo neste contexto tem sugerido que, por exemplo, diferentes síndromes associadas a défice intelectual poderão incluir, nos respectivos fenótipos comportamentais, diversos comportamentos de risco para a criança e problemas psicológicos, assim como efeitos indirectos nos prestadores de cuidados e na família (Dykens, 2000; Eisenhower et al., 2005).

Acresce que, na idade pré-escolar, a literatura associa aos problemas de comportamento atrasos frequentes no desenvolvimento da linguagem e no funcionamento cognitivo (Campbell, 1995; Cole, Usher & Cargo 1993; Heller, Baker, Henker, & Hinshaw, 1996). Neste âmbito, uma investigação desenvolvida por Cole et al. (1993) demonstrou que crianças com resultados mais baixos no funcionamento intelectual (componente verbal e visuo-espacial) têm maior tendência para serem apontadas por pais e

professores como apresentando níveis moderados a elevados de problemas externalizantes.

Num estudo elaborado por Cuskelly e Dadds (1992), com crianças com síndrome de Down, os autores verificaram que estas crianças apresentavam mais problemas de comportamento que os seus irmãos sem problemas, destacando-se dificuldades de atenção e imaturidade. Já Turnbull e Ruef (1996) identificaram em crianças com défice intelectual problemas de comportamento mais graves como agressão, comportamentos de destruição e auto-lesivos, entre outros.

Para Cuskelly e Dadds (1992) há divergências entre as percepções da mãe, do pai e da professora quanto aos problemas de comportamento observados em crianças do sexo feminino e masculino com Síndrome de Down. Segundo as mães, ambas apresentavam o mesmo tipo (e intensidade) de problemas. Porém, os pais consideravam que eram as crianças do sexo feminino quem apresentava mais problemas, enquanto a professora referiu mais dificuldade em lidar com as crianças do sexo masculino.

Um estudo conduzido por Emerson e Einfeld (2010) comparou as dificuldades emocionais e comportamentais de crianças inglesas e australianas com e sem AGD, utilizando a escala SDQ (*Strengths and Difficulties Questionnaire*), concluindo-se que as crianças com 2 e 3 anos com AGD mostravam mais dificuldades emocionais e de comportamento do que o grupo de comparação. Obtiveram-se também diferenças significativas entre as crianças inglesas com AGD e as australianas, tendo as primeiras mais dificuldades emocionais e comportamentais, o que pode estar relacionado com o facto de pertencerem a um meio socioeconómico mais desfavorecido.

Num outro estudo, Baker et al. (2003) compararam crianças de 3 e 4 anos com e sem atraso de desenvolvimento quanto à presença de problemas de comportamento, utilizando-se agora o instrumento CBCL (*Child Behavior Checklist for Ages 1<sup>1/2</sup> - 5*). Os resultados revelaram que o grupo das crianças com atraso de desenvolvimento apresentava valores significativamente mais elevados nos comportamentos Interiorizados e Exteriorizados, assim como nas subescalas Atenção, Agressividade, Queixas Somáticas e Isolamento Social.

Por sua vez, estudos que utilizaram as PKBS (*Preschool and Kindergarten Behavior Scales*) mostraram que crianças com atraso de desenvolvimento apresentam 4 a 5 vezes mais problemas de comportamento e défices nas aptidões sociais do que crianças sem atraso de desenvolvimento, especialmente nas áreas da Interação Social, Independência Social e Isolamento Social (Merrell & Holland, 1997). Por fim, um outro estudo mostrou que crianças de 2 anos em risco de atraso de desenvolvimento demonstravam já sinais de maior propensão para problemas de comportamento, em comparação com os seus pares sem risco identificado

(Feldman et al., 2000).

Na sequência da revisão apresentada, sobressai que, apesar do atraso de desenvolvimento em áreas fulcrais (e.g., linguagem, competências cognitivas) não ser, necessariamente, sinónimo de problemas socioemocionais e de comportamento, este atraso poderá representar um factor de risco acrescido para a ocorrência deste tipo de problemas (Merrell, 2002, citado por Major, 2011), tendo eles sido identificados em diferentes estudos que utilizam instrumentos de avaliação diferentes.

A relação entre os problemas de comportamento, as aptidões sociais e o ambiente familiar quando a criança apresenta AGD ainda é uma área a carecer de investigação, não existindo estudos que relacionem as dimensões em causa nesta população específica, o que permite demonstrar a relevância deste estudo.

## **Capítulo 4 – Objectivos e Hipóteses**

Neste capítulo são apresentados os objectivos e hipóteses delineados para o presente estudo.

### **4.1 – Objectivos**

São os seguintes os objectivos do estudo:

- (1) Caracterizar, numa amostra de mães de crianças com AGD, o ambiente familiar, as aptidões sociais e o comportamento em função de variáveis sociodemográficas da criança (sexo, idade e ter ou não irmãos) e maternas (idade, escolaridade e classe social).
- (2) Analisar a relação do ambiente familiar (coesão, conflito e expressividade) com as aptidões sociais e o comportamento (externalizante e internalizante) de crianças com AGD.
- (3) Explorar a relação do ambiente familiar (coesão, conflito e expressividade), das aptidões sociais e do comportamento (externalizante e internalizante) com a preocupação maternas quer com o desenvolvimento global da criança, quer com o seu comportamento.
- (4) Determinar se existem diferenças entre a perspectiva materna e a perspectiva das educadoras sobre as aptidões sociais e o comportamento (externalizante e internalizante) da criança.

### **4.2 – Hipóteses**

Com base nos objectivos anteriormente colocados, e na revisão de literatura realizada, foram formuladas as hipóteses do estudo, a seguir apresentadas.

**Hipótese 1:** Prevê-se que ocorram variações em termos do ambiente familiar e/ou das aptidões sociais e do comportamento da criança em função de, pelo menos, uma das variáveis da criança consideradas (sexo, idade e ter ou não irmãos).

**Hipótese 2:** Prevê-se que ocorram variações em termos do ambiente familiar e/ou das aptidões sociais e do comportamento da criança em função de, pelo menos, uma das variáveis maternas consideradas (idade, escolaridade e classe social).

**Hipótese 3:** Prevê-se que haja uma associação do ambiente familiar (pelo menos uma das dimensões) com as aptidões sociais e/ou com o comportamento da criança.

**Hipótese 4:** Espera-se que as preocupações maternas (com o desenvolvimento e com o comportamento da criança) se associem com, pelo menos, o comportamento da criança.

**Hipótese 5:** Espera-se que a perspectiva das mães e a perspectiva das educadoras sobre as aptidões sociais e o comportamento da criança se distinga, pelo menos numa destas dimensões.

## **Capítulo 5 – Método**

O presente estudo insere-se numa investigação mais alargada, a decorrer no Centro de Desenvolvimento do Hospital Dona Estefânia (HDE) e em parceria com a Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, a qual tem como alvo crianças com problemas de desenvolvimento e as suas famílias.

### **5.1 Participantes**

Os dados apresentados nos pontos 5.1.1 e 5.1.2 foram obtidos através de uma Ficha de recolha de informação, construída no âmbito da investigação a decorrer no Centro de Desenvolvimento do Hospital Dona Estefânia, a que se fará referência no ponto 5.2.

#### **5.1.1 Crianças- Alvo**

##### **5.1.1.1 Caracterização Sociodemográfica**

As crianças-alvo do presente estudo ( $N = 34$ ) são 22 do sexo masculino (64.7%) e 12 do sexo feminino (35.3%). As suas idades variam entre os 36 e os 83 meses ( $M = 61.15$ ,  $DP = 13.04$ ). Vinte e duas crianças têm irmãos (64.7%) e 12 não têm (35.3%).

Relativamente ao equipamento escolar, a maioria das crianças frequenta, atualmente, a Pré-Primária (44%) ou o Jardim de Infância (41%), sendo que 14% frequentam uma Creche.

##### **5.1.1.2 Caracterização do Desenvolvimento**

Em relação à história de desenvolvimento das crianças, a idade média para a aquisição do andar sem apoio variou entre os 12 e os 48 meses ( $M = 21.15$ ,  $DP = 8.05$ ). Saliente-se que uma criança ainda não fez esta aquisição.

No que diz respeito ao desenvolvimento da linguagem, a idade média com que as crianças verbalizaram as primeiras palavras foi 15.94 meses ( $DP = 6.48$ ). No entanto, duas das crianças ainda não adquiriram esta competência. Quanto à idade da construção das primeiras frases, ela é atingida, em média, aos 29.13 meses ( $DP = 11.54$ ), embora 8.8% das crianças ainda não sejam capazes de as construir.

No que respeita ao controlo dos esfíncteres, 58.8% das crianças já fizeram esta aquisição e 41.2% ainda não. No que concerne especificamente ao controlo esfinteriano vesical diurno, 79.4% das crianças têm este controlo adquirido, variando a idade de aquisição entre os 15 e os 60 meses ( $M = 34.11$ ,  $DP = 10.74$ ). Relativamente ao controlo esfinteriano vesical noturno, ele foi adquirido por 58.8% das crianças, variando a idade de aquisição entre os 24 e os 54 meses ( $M = 35.00$ ,  $DP = 8.06$ ). Por sua vez, o controlo esfinteriano anal diurno foi adquirido entre os 15 e 60 meses ( $M = 34.11$ ,  $DP = 10.74$ ), estando presente em 79.4% das crianças. Face ao controlo esfinteriano anal noturno, ele foi adquirido em 58.8% dos casos; a idade de aquisição variou entre os 24 e os 54 meses ( $M = 35.00$ ,  $DP = 8.06$ ).

Quanto ao sono, sobressai que 14.7% das crianças apresentam dificuldades na rotina do sono, 26.5% têm problemas de sono e 44.1% ainda têm falta de autonomia nesta área (e.g., 26.5% dormem na cama com os pais).

Ao nível da alimentação, a maioria das mães (76.5%) refere que a criança não apresenta quaisquer dificuldades nesta área.

Por fim, em relação à história de saúde das crianças, metade apresenta algum tipo de doença crónica (destas, uma percentagem importante tem diagnóstico de epilepsia - 20.6%) e 55.9% tomam medicação. A maioria das crianças (79.4%) já esteve internada, variando o número de internamentos entre 1 e 10 ( $M = 2.37$ ;  $DP = 2.06$ ).

### **5.1.1.3 Caracterização de Aspetos Relativos ao Problema**

Todas as crianças-alvo foram diagnosticadas com Atraso Global do Desenvolvimento (AGD). A avaliação realizada com a Escala de Desenvolvimento Mental de Ruth Griffiths (2004) e com a extensão revista (revisão de 2006) da mesma escala (Luiz et al., 2008), mostra que 29.4% das crianças apresentam Atraso de Desenvolvimento ( $P \leq 2$  e  $QG \leq 69$ ) em 7 áreas, 23.5% em 6 áreas, 20.6% em 5 áreas, 8.8% em 4 e 14.7% em 3, tendo apenas uma criança (2.9%) atraso em duas áreas.

Relativamente às preocupações atuais das mães com o desenvolvimento da criança, 82.4% mencionaram preocupação com o desenvolvimento global do(a) filho(a), sendo que as restantes não especificaram quaisquer preocupações. As principais preocupações das mães foram com a linguagem (73.5%) e com o comportamento (67.6%).



Dado o diagnóstico actual das crianças ser AGD, grande parte recebe algum tipo de apoio (79.4%). Das crianças que estão nesta circunstância, 52.9% têm Intervenção Precoce e 58.8% terapia da fala.

### 5.1.2 Mães: Caracterização Sociodemográfica

As mães das crianças com AGD que participaram no estudo, em número de 34, tinham uma média de idades de 34.88 anos ( $DP = 7.08$ ), com uma idade mínima de 22 anos e uma idade máxima de 53 anos.

A maioria das mães era casada ou vivia em união de facto (70.6%), 26.5% eram divorciadas ou separadas e 2.9% solteiras.

No Quadro 1 são apresentadas as frequências e percentagens referentes ao nível de escolaridade das mães. A análise do Quadro permite verificar que a maioria completou 9 ou menos anos de escolaridade (58.9%), tendo duas mães apenas o 1º ciclo.

**Quadro 1.** Nível de Escolaridade das Mães – Frequências e Percentagens

	1º Ciclo	2º Ciclo	3º Ciclo	Secundário	Ensino Superior
F	2	7	11	6	8
(%)	(5.9)	(20.6)	(32.4)	(17.6)	(23.5)

$N = 34$

Do Quadro 2 consta a caracterização do grupo profissional das mães. De notar que 26.5% estavam desempregadas e que quatro mães eram domésticas (11.8%). Entre as que trabalhavam, o grupo profissional mais representado é o 5 - Trabalhadores dos Serviços Pessoais, de Protecção e Segurança e Vendedores (23.5%); nenhuma mãe pertence ao Grupo 0 (“Profissionais das Forças Armadas”).

**Quadro 2.** Grupo Profissional das Mães – Frequências e Percentagens

	1	2	3	4	5	6	7	8
F	5	1	4	8	1	2	9	4
(%)	(14.7)	(2.9)	(11.8)	(23.5)	(2.9)	(5.9)	(26.5)	(11.8)

$N = 34$

*Nota:* As categorias profissionais de 1 a 6 estão de acordo com a Classificação Portuguesa das Profissões (Instituto Nacional de Estatística, 2011). 1 - Especialistas das Atividades Intelectuais e Científicas (Grupo 2); 2 – Técnicos e Profissionais de Nível Intermédio (Grupo 3); 3 – Pessoal Administrativo (Grupo 4), 4 – Trabalhadores dos Serviços Pessoais, de Protecção e Segurança e Vendedores (Grupo 5); 5 – Operadores de Instalações e Máquinas e Trabalhadores de Montagem (Grupo 8); 6 – Trabalhadores Não Qualificados (Grupo 9); 7 – Desempregadas; 8 – Domésticas.

Do Quadro 3 consta a caracterização da classe social das mães. Salienta-se que 35.3% pertenciam à classe social média-baixa e 32.4% à classe média.

**Quadro 3.** Classe Social<sup>a</sup> das Mães – Frequências e Percentagens

	Baixa	Média-Baixa	Média	Média-Alta
F	4	12	11	7
(%)	(11.8)	(35.3)	(32.4)	(20.6)

$N = 34$ ; <sup>a</sup> Classificação Social Internacional de Graffard

Relativamente ao tipo de família, em 64.7% dos casos a família era nuclear, sendo que em 14.7% destes era nuclear alargada. Salienta-se ainda que 10 famílias eram monoparentais femininas (29.4%), sendo uma delas alargada.

## 5.2 Instrumentos

São apresentados em seguida os instrumentos utilizados no presente estudo.

### Escala de Ambiente Familiar

Para avaliar o Ambiente Familiar recorreu-se à versão portuguesa da Family Environmental Scale (FES), de Moos e Moos (1986), denominada Escala de Ambiente Familiar, adaptada por Matos e Fontaine em 1992 (ver também Santos & Fontaine, 1995). Originalmente a FES é composta por 90 itens, distribuídos por 10 subescalas, que descrevem o modo como os membros da família percebem o ambiente social desta, os quais se dividem por três dimensões (Relação, Crescimento Pessoal, e Manutenção do Sistema). A resposta aos itens é feita com base numa escala de 6 pontos, de tipo Likert, variando desde “discordo totalmente” até “concordo totalmente”.

No presente estudo é usada, como se referiu, a versão portuguesa do instrumento, utilizando-se apenas a dimensão Relação, que é composta por 27 itens, divididos por três subescalas diferentes (Coesão, Expressividade e Conflito) (Matos & Fontaine, 1992; Santos & Fontaine, 1995). Esta dimensão avalia a percepção que o respondente tem das relações entre os membros da família com quem coabita, dando informação sobre o ambiente familiar onde se insere (Santos & Fontaine, 1995).

Mais especificamente, a subescala Coesão refere-se à percepção do grau de compromisso, ajuda e apoio que os membros da família fornecem uns aos outros; a subescala Expressividade foca a percepção que a pessoa tem do modo como os seus familiares são encorajados a agir abertamente e a expressar os seus sentimentos de forma direta e livre; a subescala Conflito remete para zanga, agressão e conflito expressos abertamente pelos membros da família (Santos & Fontaine, 1995).

Na escala original os valores dos coeficientes alpha de Cronbach foram .78 para a Coesão, .69 para a Expressividade, e .75 para o Conflito (Moos & Moos, 1986). No presente estudo, os valores dos coeficientes alpha de Cronbach foram .91 para a Coesão, .73 para a Expressividade, e .77 para o Conflito.

Nas subescalas Coesão e Expressividade valores mais elevados equivalem a uma percepção mais positiva acerca do ambiente familiar. Contrariamente, resultados mais altos na subescala Conflito traduzem uma percepção mais negativa do ambiente familiar.

## **ECIP-2 – Escalas de Comportamento para a Idade Pré-Escolar – 2ª Edição**

Para avaliar as Aptidões Sociais e o Comportamento utilizou-se a Escala de Comportamento para a Idade Pré-Escolar - 2ª Edição (ECIP-2) de Merrel (2002), adaptada para a população portuguesa por Major (2007; ver também Major, 2011; Major & Seabra-Santos, 2014). O instrumento original, PKBS – 2 Preschool and Kindergarten Behavior Scales – 2nd Edition (PKBS-2), visa crianças dos 3 aos 6 anos de idade (Merrel, 2002), em contexto de jardim-de-infância ou familiar, e é constituído por 76 itens (idênticos para ambos os contextos) com uma escala de resposta de tipo Likert de 4 pontos, variando desde “Nunca” até “Muitas Vezes”. O instrumento integra a Escala de Aptidões Sociais (EAS), com 34 itens, que avaliam os comportamentos adaptativos ou positivos das crianças que frequentam o jardim-de-infância e a Escala de Problemas de Comportamento (EPC), com 42 itens, que avaliam os comportamentos problemáticos ao nível social e emocional (Merrel, 2002).

A adaptação portuguesa do instrumento (Major, 2007, 2011; Major & Seabra-Santos, 2014) é constituída por um total de 89 itens: 35 na escala Aptidões Sociais e 54 na escala Problemas de Comportamento. A escala de Aptidões Sociais apresenta-se dividida em três subescalas, Cooperação/Ajustamento Social, Interação Social/Empatia e Independência Social/Assertividade; a escala de Problemas de Comportamento é sustentada por uma estrutura bipartida - Problemas de Comportamento Externalizantes e Internalizantes. Os itens que integram a subescala de Problemas de Comportamento Externalizantes distribuem-se por três subescalas suplementares (Antissocial/Agressivo; Excesso Actividade/Desatenção e Oposição/Explosivo) e os itens que compõem a subescala de Problemas de Comportamento Internalizantes dividem-se por duas subescalas suplementares (Isolamento Social e Ansiedade/Queixas Somáticas) (Major, 2007, 2011; Major & Seabra-Santos, 2014). No presente estudo só irão ser apresentados resultados para a escala Aptidões Sociais e para as subescalas Problemas de Comportamento Exteriorizados e Interiorizados. Como se referiu, as ECIP-2 podem ser utilizadas nos dois contextos com mais impacto na vida da criança - família e jardim-de-infância (Major, 2007). No presente estudo as ECIP-2 foram aplicadas em contexto familiar, às mães, e em contexto pré-escolar, às educadoras.

Na adaptação portuguesa o valor do coeficiente alpha de Cronbach para a Escala de Aptidões Sociais é .93, .88 e .95, considerando, respetivamente, a totalidade da amostra, o contexto familiar e o contexto escolar, sendo .96, .95 e .97 para os Problemas de Comportamento (Total), nos mesmos casos. O valor do coeficiente alpha de Cronbach para a Subescala Problemas de Comportamento Externalizantes é .96 e para a subescala Problemas

de Comportamento Internalizantes é .89, considerando a totalidade da amostra. O valor para as mesmas subescalas, é .94 e .86, atendendo ao contexto familiar, e .97 e .92 no caso do contexto escolar.

No presente estudo, o valor do coeficiente alpha de Cronbach para a Escala de Aptidões Sociais é .90 e .94, considerando, respetivamente, o contexto familiar (mães) e o contexto pré-escolar (educadoras). Para os Problemas de Comportamento, o valor do coeficiente alpha de Cronbach para o contexto familiar é .96 e .72, considerando, respetivamente, a subescala Problemas de Comportamento Externalizantes e a subescala Problemas de Comportamento Internalizantes; o valor para as mesmas subescalas, mas atendendo ao contexto escolar, é .95 e .80.

### **Ficha de Recolha de Informação**

No presente estudo foi utilizada uma Ficha de recolha de informação desenvolvida no âmbito da investigação em curso entre o Centro de Desenvolvimento do HDE e a Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, a qual visa a obtenção de informação, junto das mães, sobre a caracterização socio-demográfica da família, dados relativos ao desenvolvimento da criança e ao problema, e preocupações actuais.

A Ficha está dividida em duas partes principais. Na primeira parte, as mães respondem a questões relativas a dados sociodemográficos da criança (e.g., idade, sexo e número de irmãos), obtendo-se também informação respeitante aos problemas de desenvolvimento, a problemas de saúde, a dificuldades no comportamento e na relação com as outras crianças, e a eventuais apoios recebidos. É ainda recolhida informação sociodemográfica relativa à respondente (e.g., idade, escolaridade e profissão, estado civil, número de filhos e tipo de família). Da segunda parte consta um conjunto de questões que abordam aspetos do desenvolvimento da criança em diferentes áreas (e.g., motricidade, linguagem, sono, alimentação e controlo esfinteriano), e eventuais problemas nestas mesmas áreas. Por fim, inquire-se também sobre preocupações maternas com o desenvolvimento (presença/ausência) – global e em áreas específicas (e.g., linguagem, comportamento).

### 5.3 Procedimento

O presente estudo insere-se, como já se referiu, numa investigação mais alargada a decorrer no Centro de Desenvolvimento do Hospital Dona Estefânia (HDE), em parceria com a Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa. Ele visa crianças com Atraso Global de Desenvolvimento e as suas famílias, contemplando também a perspectiva das Educadoras em dimensões específicas.

A amostra foi recolhida entre o mês de Novembro de 2014 e Abril de 2015, no Centro de Desenvolvimento do HDE. As crianças-alvo foram seleccionadas com base numa avaliação de desenvolvimento com a Escala de Desenvolvimento Mental de Ruth Griffiths), integrando-se no estudo crianças com resultados indicativos de atraso de desenvolvimento em duas ou mais áreas. De acordo com os critérios do DSM-V subjacentes à definição de AGD, inicialmente previa-se a inclusão de crianças-alvo com uma idade máxima de 5 anos (e 11 meses). Contudo, vieram a ser incluídas também crianças com 6 anos, ainda que nenhuma delas frequentasse o 1º Ciclo. A opção por este alargamento etário prendeu-se com o facto de haver no Centro crianças desta idade com o diagnóstico de AGD, cuja inclusão permitiria aumentar a dimensão da amostra, e de este procedimento ser frequentemente utilizado no contexto clínico, conforme se explicitou no primeiro capítulo do enquadramento teórico do trabalho. De notar que, antes da tomada de decisão, se explorou se haveria diferenças nas dimensões em estudo em função da idade das crianças ser  $\leq$  a 72 meses ou  $>$  a 72 meses, não se obtendo diferenças significativas para nenhum das dimensões. Acrescente-se que, uma vez que muitas crianças com AGD apresentam também diagnóstico de doença somática, seleccionaram-se os participantes de modo a que a amostra incluísse um número equivalente de mães de crianças com e sem doença somática associada (17/17). De referir que, na amostra estudada, os grupos com e sem doença somática não se distinguiram significativamente em nenhuma das dimensões principais do estudo.

Após terem sido seleccionadas as crianças-alvo, foi estabelecido contacto com as mães, solicitando-se a sua participação na investigação. Depois de ser explicado o objetivo do estudo, assegurada a confidencialidade das respostas e garantido o anonimato das mesmas no tratamento estatístico dos dados, solicitou-se o consentimento informado, escrito, das mães que aceitaram participar. As mães responderam aos instrumentos do estudo enquanto a criança se encontrava na consulta de avaliação do desenvolvimento ou na consulta médica. Neste dia, era também pedido às mães que entregassem a ECIP-2 às Educadoras das crianças.

Este instrumento era depois devolvido pessoalmente ou por correio electrónico. A aplicação do protocolo de investigação com as mães demorou 30 a 40 minutos.

#### **5.4 Procedimentos Estatísticos**

No tratamento estatístico dos dados foi utilizado o programa SPSS – versão 22 (Statistical Package for the Social Sciences).

Recorreu-se à estatística descritiva, determinando-se a média, o desvio-padrão, e os valores mínimo e máximo (variáveis contínuas), ou calculando-se frequências e percentagens (variáveis categoriais/dicotómicas).

No sentido de se obter uma medida do grau de associação entre variáveis (contínuas), utilizou-se o coeficiente de correlação de Pearson, e para se obter uma medida do grau de associação entre uma variável contínua e uma dicotómica usou-se o coeficiente de correlação bisserial por pontos.

Recorreu-se ao teste não-paramétrico de Mann-Whitney (para a comparação de dois grupos independentes), utilizando-se também o teste paramétrico t de Student (para a comparação de dois grupos dependentes), consoante a distribuição dos dados seguia ou não a distribuição normal. Para testar a normalidade da distribuição recorreu-se ao teste Shapiro-Wilk.

## Capítulo 6. Resultados

### 6.1 Análise do Ambiente Familiar, das Aptidões Sociais e do Comportamento em Função de Variáveis da Criança

Procede-se em seguida à análise dos resultados relativos ao ambiente familiar (FES) e às aptidões sociais e comportamento (ECIP-2) em função do sexo (Quadro 4) e da idade da criança (Quadro 5), e de ter ou não irmãos (Quadro 6).

Conforme se observa no Quadro 4, não há variação em qualquer das dimensões em função do sexo da criança. Apesar de não se obterem resultados significativos, refira-se que as mães dos rapazes alcançam resultados um pouco mais elevados na Coesão e no Conflito (ainda que as médias das ordens sejam muito próximas nesta última variável), bem como nas Aptidões Sociais; as mães das raparigas obtêm médias mais elevadas nas Problemas de Comportamento Externalizante e Internalizante, sobretudo na última variável.

**Quadro 4.** Ambiente Familiar (FES), Aptidões Sociais e Comportamento (ECIP-2) em Função do Sexo da Criança (Teste de Mann-Whitney)

	Médias das Ordens		U	<i>p</i>
	Masculino	Feminino		
Ambiente Familiar				
Coesão	19.00	14.75	99.00	.233
Expressividade	17.25	17.96	126.50	.843
Conflito	17.66	17.21	128.50	.900
Aptidões Sociais e Comportamento				
Aptidões Sociais	18.43	15.79	111.50	.460
Comportamento Externalizante	17.23	18.00	126.00	.829
Comportamento Internalizante	16.20	19.88	103.50	.304

Nota:  $n_{\text{masculino}} = 22$ ,  $n_{\text{feminino}} = 12$



Para a análise com base na idade da criança (Quadro 5) foram constituídos dois grupos: G1 – crianças com idade até aos 60 meses; G2 – crianças com idade igual ou superior a 60 meses.

**Quadro 5.** Ambiente Familiar (FES), Aptidões Sociais e Comportamento (ECIP-2) em Função da Idade da Criança (Teste de Mann-Whitney)

	Médias das Ordens			
	G1	G2	U	<i>p</i>
Ambiente Familiar				
Coesão	20.50	15.13	97.50	.118
Expressividade	19.07	16.26	119.00	.414
Conflito	16.97	17.92	134.50	.781
Aptidões Sociais e Comportamento				
Aptidões Sociais	15.60	19.00	114.00	.323
Compt. Externalizante	17.01	17.82	136.50	.835
Compt. Internalizante	13.83	20.39	87.50	.056

*Nota:* G1 – < 60 meses; G2 – ≥ 60 meses.  
n1 = 15, n2 = 19.

Obtém-se apenas um resultado marginalmente significativo para a variável Problemas de Comportamento Internalizantes, obtendo as mães das crianças mais velhas um resultado mais alto. Para as outras medidas, as mães deste grupo obtêm resultados ligeiramente mais altos no Conflito, nas Aptidões Sociais e nos Problemas de Comportamento Externalizante, enquanto que as mães das crianças mais novas (G1) apresentam resultados mais elevados na Coesão e na Expressividade.

Por fim, relativamente ao facto das crianças terem, ou não, irmãos (Quadro 6) também não se obtêm resultados significativos. As mães das crianças com irmãos (G2) alcançam médias das ordens um pouco mais elevadas nas dimensões Conflito e Expressividade, obtendo também resultados mais altos na dimensão Aptidões Sociais. Por sua vez, as mães das crianças sem irmãos (G1) alcançam médias um pouco mais elevadas na

dimensão Problemas de Comportamento Externalizante, sendo quase sobreponíveis as médias relativas aos Problemas de Comportamento Internalizante.

**Quadro 6.** Ambiente Familiar (FES), Aptidões Sociais e Comportamento (ECIP-2) em Função da Criança Ter (ou não) Irmãos (Teste de Mann-Whitney)

	Médias das Ordens			
	G1	G2	U	<i>p</i>
Ambiente Familiar				
Coesão	17.88	17.30	127.50	.871
Expressividade	16.79	17.89	12350	.759
Conflito	16.25	18.18	117.00	.588
Aptidões Sociais e Comportamento				
Aptidões Sociais	15.50	18.59	108.00	.387
Comportamento Externalizante	19.29	16.52	110.50	.438
Comportamento Internalizante	17.33	17.59	130.00	.942

*Nota:* G1 – não tem irmãos; G2 – tem irmãos.

*n*1 = 12, *n*2 = 22.

## 6.2 Análise do Ambiente Familiar, das Aptidões Sociais e do Comportamento em Função de Variáveis Maternas

Analisa-se em seguida se a percepção que as mães das crianças com AGD têm quer do ambiente familiar (FES), quer do comportamento e das aptidões sociais (ECIP-2) varia em função da idade da mãe (Quadro 7), do seu nível de escolaridade (Quadro 8) e da classe social (Quadro 9).

No que respeita à idade das mães, foram criados dois grupos: G1 – mães com idade inferior a 34 anos; G2 – mães com idade igual ou superior a 34 anos. Conforme se observa no Quadro 7, obtém-se um resultado significativo face aos Problemas de Comportamento Internalizantes, obtendo as mães mais novas (G1) resultados mais elevados. Relativamente ao ambiente familiar, não ocorrem diferenças significativas entre os grupos.

**Quadro 7.** Ambiente Familiar (FES), Aptidões Sociais e Comportamento (ECIP-2) em Função da Idade das Mães (Teste de Mann-Whitney)

	Médias das Ordens			
	G1	G2	U	<i>p</i>
Ambiente Familiar				
Coesão	14.70	20.13	92.50	.082
Expressividade	14.37	19.97	95.50	.102
Conflito	19.17	16.18	117.50	.385
Aptidões Sociais e Comportamento				
Aptidões Sociais	16.23	18.50	123.50	.510
Comportamento Externalizante	18.57	16.66	126.50	.579
Comportamento Internalizante	22.47	13.58	68.00	.010*

*Nota:* G1 – < 34 anos; G2 – ≥34 anos.

*n*1 = 15, *n*2 = 19.

A leitura do Quadro 8 mostra que se obtêm resultados significativos em todas as subescalas do ambiente familiar, obtendo as mães com mais escolaridade (G2) resultados mais elevados na Coesão e Expressividade e as mães com um nível mais baixo de escolaridade (G1) resultados mais altos no Conflito.

Relativamente às aptidões sociais e ao comportamento, as mães com um maior número de anos de escolaridade (G2) obtêm resultados significativamente mais baixos nos Problemas de Comportamento Internalizante e Externalizante, mas o resultado face ao comportamento externalizante é apenas marginalmente significativo.

**Quadro 8.** Ambiente Familiar (FES), Aptidões Sociais e Comportamento (ECIP-2) em Função da Escolaridade das Mães (Teste de Mann-Whitney)

	Médias das Ordens			
	G1	G2	U	<i>p</i>
Ambiente Familiar				
Coesão	14.25	22.14	75.00	.023*
Expressividade	14.65	21.57	83.00	.046*
Conflito	20.48	13.25	80.50	.037*
Aptidões Sociais e Comportamento				
Aptidões Sociais	15.33	20.61	96.50	.128
Comportamento Externalizante	20.08	13.82	88.50	.071†
Comportamento Internalizante	20.98	12.54	70.50	.015*

*Nota:* G1 –  $\leq 3^{\circ}$  Ciclo; G2 –  $> 3^{\circ}$  Ciclo.

$n_1 = 20$ ,  $n_2 = 14$ .

Em relação ao nível socioeconómico, criaram-se dois grupos: G1 – mães da classe social baixa/média-baixa; G2 – mães da classe social média/média-alta. Os resultados são apresentados no Quadro 9.

**Quadro 9.** Ambiente Familiar (FES), Aptidões Sociais e Comportamento (ECIP-2) em Função da Classe Social das Mães (Teste de Mann-Whitney)

	Médias das Ordens			
	G1	G2	U	p
Ambiente Familiar				
Coesão	12.97	20.79	71.50	.020*
Expressividade	13.56	20.24	81.00	.047*
Conflito	19.28	14.85	99.50	.188
Aptidões Sociais e Comportamento				
Aptidões Sociais	17.22	16.79	132.50	.900
Comportamento				.843
Externalizante	17.34	16.68	130.50	
Comportamento				.234
Internalizante	19.06	15.06	103.00	

*Nota:* G1 – classe social baixa/média-baixa; G2 –classe social média/média-alta.  
*n*1 = 16, *n*2 = 17.

Obtêm-se resultados significativos em duas das subescalas do ambiente familiar (Coesão e Expressividade), obtendo as mães das classes média/média-alta (G2) resultados significativamente mais elevados; as mães das classes baixa/média-baixa (G1) obtêm um resultado mais alto no Conflito, mas não se chega a atingir significância estatística para esta variável. Relativamente às aptidões sociais e ao comportamento não há diferenças significativas entre os grupos em nenhuma das subescalas.

### **6.3 Análise da Relação do Ambiente Familiar com as Aptidões Sociais e o Comportamento da Criança**

No Quadro 10 figuram os resultados relativos ao estudo correlacional das dimensões do Ambiente Familiar (FES) com as Aptidões Sociais e o Comportamento (ECIP-2).

**Quadro 10.** Correlação dos Resultados do FES e do ECIP-2

ECIP-2	FES		
	Coesão	Expressividade	Conflito
Aptidões Sociais	.16	.18	-.06
Comportamento Externalizante	-.273	-.19	.40*
Comportamento Internalizante	-.24	-.19	.19

\*p&lt;.05

Observa-se que os Problemas de Comportamento Externalizantes se correlacionam positiva e significativamente com a subescala Conflito (Ambiente Familiar).

#### **6.4 Análise da Relação do Ambiente Familiar e das Aptidões Sociais e Comportamento com as Preocupações Maternas com o Desenvolvimento e Comportamento da Criança**

Apresentam-se em seguida (Quadro 11) os resultados relativos à correlação das preocupações maternas (ausência/presença), quer com o desenvolvimento global da criança quer com o seu comportamento, com o ambiente familiar (FES) e com as Aptidões Sociais e Comportamento (ECIP-2).

**Quadro 11.** Correlação dos Resultados do FES e do ECIP-2 com as Preocupações Maternas com o Desenvolvimento e com o Comportamento da Criança

	Preocupações Maternas	
	Com Desenvolvimento Global	Com Comportamento
<b>Ambiente Familiar</b>		
Coesão	-.19	-.19
Expressividade	-.13	-.13
Conflito	.30	.18
<b>Aptidões Sociais e Comportamento</b>		
Aptidões Sociais	-.24	-.53**
Comportamento Externalizante	.33†	.71***
Comportamento Internalizante	.42*	.36*

\*p&lt;.05, \*\*p&lt;.01, \*\*\*p&lt;.001, † p=.053 (marginalmente significativo)

A preocupação materna com o desenvolvimento global da criança correlaciona-se positivamente com os problemas de comportamento internalizantes e externalizantes, mas no último caso o resultado é marginalmente significativo. A preocupação materna com o comportamento da criança correlaciona-se negativamente com as aptidões sociais e positivamente com os problemas de comportamento internalizantes e externalizantes. Relativamente ao ambiente familiar, verifica-se que nenhuma das dimensões se correlaciona com as preocupações maternas.

### 6.5 Análise Comparativa da Perspectiva Materna e da Perspectiva das Educadoras sobre as Aptidões Sociais e o Comportamento da Criança

Apresentam-se a seguir os resultados decorrentes da comparação da perspectiva das mães e da perspectiva das educadoras no âmbito das dimensões em estudo (Quadro 12).

**Quadro 12.** Comparação da Perspectiva das Mães e da Perspectiva das Educadoras sobre as Aptidões Sociais (FES) e o Comportamento da Criança (ECIP-2) (Teste *t de Student*)

	<i>Mães</i>		<i>Educadoras</i>		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Aptidões Sociais	68.41	15.94	64.70	16.76	1.12	.273
Comportamento Externalizante	44.89	16.73	35.63	19.12	2.99	.006*
Comportamento Intrenalizante	17.11	6.69	17.48	7.30	-.316	.755

*Nota:* Graus de Liberdade = 26

*n* = 27

\**p* < .05

As perspectivas das mães e das educadoras diferenciam-se significativamente nos Problemas de Comportamento Externalizantes, obtendo as mães uma média significativamente mais elevada (portanto, as mães identificam mais problemas de comportamento de tipo externalizante).

## **Capítulo 7. Discussão**

Neste capítulo é apresentada a discussão dos resultados obtidos no presente estudo, tendo em conta os objetivos e as hipóteses que foram colocados.

### **7.1 Ambiente Familiar, Aptidões Sociais e Comportamento da Criança em Função de Variáveis Sociodemográficas da Criança e Maternas**

#### **7.1.1 Variáveis da Criança**

No que diz respeito à caracterização do ambiente familiar (dimensão Relação), e das aptidões sociais e comportamento da criança com base em variáveis sociodemográficas da criança - sexo, idade e ter ou não irmãos (Objetivo 1), os resultados referentes ao ambiente familiar mostram que não ocorrem diferenças significativas ao nível das subescalas (Coesão, Expressividade e Conflito) em função de nenhuma das variáveis em estudo. Assim, o clima relacional da família não parece alterar-se seja a criança do sexo masculino ou feminino, mais velha ou mais nova e tenha ou não irmãos.

Na literatura, os estudos que consideram as mesmas variáveis da criança integradas no presente estudo conduzem a resultados dissonantes. Relativamente ao sexo, salienta-se, por exemplo, que os resultados obtidos contrariam os de um estudo de Martins et al. (2004), com a Escala HOME, onde se encontrou uma maior percentagem de crianças do sexo masculino em ambientes familiares percebidos como mais negativos, associando-se também este ambiente com o maior número de irmãos (relação positiva), o que é contrário ao observado no presente estudo. Nesta mesma linha, Hooshyar (1985) mostrou que, à medida que aumenta o número de filhos em casa, o controlo exercido na família é percebido como mais elevado, tendo o ambiente familiar níveis mais elevados de controlo e menor expressividade. Estudos com crianças sem atraso de desenvolvimento também consideraram variável número de filhos como um factor de risco para a qualidade do ambiente familiar, já que a criança tende a ser menos estimulada quando a família é numerosa (Andraca et al., 1998; Sameroff & Seifer, 1983). Relativamente à idade, os resultados obtidos vão ao encontro dos do estudo de Perry, Harry, e Minnes (2005), com crianças com atraso de desenvolvimento, no qual se mostrou não existirem diferenças significativas em todas as dimensões da FES em função da idade das crianças.

Passando agora à relação das aptidões sociais e do comportamento com as variáveis da criança, verificou-se que nem o sexo nem o ter ou não irmãos introduz variações na forma como as mães das crianças com AGD perspectivam as aptidões sociais e o comportamento da



criança. Face à idade, houve, no entanto, uma tendência para as mães apontarem as crianças mais velhas como tendo mais problemas de comportamento internalizantes.

Os resultados referentes ao sexo e ao ter ou não irmãos, contrariam os obtidos em vários estudos em que as raparigas apresentam um comportamento social mais positivo do que os rapazes (e.g., Brassard & Boehm, 2007; Merrell & Gimpel, 1998; Major & Seabra-Santos, 2014a), e em que as crianças do sexo masculino apresentam mais problemas de comportamento (e.g., Fonseca, Simões, Rebelo, Ferreira, & Cardoso, 1994; Major & Seabra-Santos, 2014a). Um estudo de Anselmi et al. (2004), com crianças de 4 anos e em que se utilizou o CBCL, também mostrou que as crianças do sexo masculino apresentam mais problemas de comportamento, sobretudo de tipo externalizante, enquanto as do sexo feminino apresentam menos problemas de comportamento e, em geral, as principais queixas referem-se a comportamentos de tipo internalizante.

Não obstante a tendência referida na literatura para o sexo masculino, em termos de comportamento, é pertinente mencionar ainda que, o facto de o número de rapazes da amostra ser claramente superior ao número de crianças do sexo feminino, poderá ter tido alguma influência nos resultados obtidos. Acrescente-se que a reduzida dimensão da amostra poderá ter condicionado a obtenção de resultados significativos (neste caso e noutros), pelo que terá pertinência a realização de estudos com amostras de maior dimensão.

Desta forma, a Hipótese 1, que previa variações no ambiente familiar e/ou nas aptidões sociais e comportamento em função de pelo menos uma das variáveis da criança (sexo, idade e ter ou não irmãos), foi confirmada.

### **7.1.2 Variáveis Maternas**

No que respeita à caracterização do ambiente familiar, das aptidões sociais e do comportamento em função de variáveis maternas (Objetivo 1) - idade ( $< 34$  anos *versus*  $\geq 34$  anos), nível de escolaridade ( $\leq 3^{\circ}$  Ciclo *versus*  $> 3^{\circ}$  Ciclo) e classe social (baixa/média-baixa *versus* média/média-alta), e começando pelo ambiente familiar, verificou-se que não ocorreram variações em função da idade, mas as mães com mais escolaridade e de classe média/média-alta apresentam níveis mais altos de coesão e de expressividade, comparativamente com as mães com menos escolaridade ou de classe social baixa/média-baixa. Acresce que as mães com um nível de escolaridade mais baixo apresentam níveis mais elevados de conflito. Estes resultados vão na mesma linha do referido por alguns autores, que defendem que a escolaridade materna mais elevada pode influenciar a organização do ambiente em casa e os níveis de ajustamento e funcionamento familiar (Trute et al., 2010).

Um outro estudo (Andrade et al., 2005) demonstrou uma relação entre o ambiente familiar e o desenvolvimento cognitivo da criança, associando-se positivamente a escolaridade materna com melhor organização do ambiente físico, mais estimulação diária, maior disponibilização de materiais e jogos apropriados para a criança, e maior envolvimento emocional e verbal da mãe com a criança.

Por sua vez, o facto de não haver variação no ambiente familiar em função da idade das mães vai ao encontro do estudo realizado por Martins et al. (2004), no qual a idade materna não apresenta uma relação significativa com o ambiente familiar.

No que respeita à análise das aptidões sociais e dos problemas de comportamento em função das variáveis sociodemográficas maternas, salientou-se que as mães mais novas referem mais problemas de comportamento de tipo internalizante. É possível que as mães mais novas da amostra tenham filhos com esta característica comportamental, mas também é viável que, eventualmente por serem menos experientes como mães, possam ter mais dificuldade em lidar com comportamentos da criança com AGD de tipo ansioso, ou com isolamento social e mesmo queixas somáticas.

Verificou-se ainda que, na amostra estudada, a classe social não contribui para variações nas aptidões sociais e no comportamento, mas o nível de escolaridade mais baixo das mães associa-se com mais problemas de comportamento na criança (sobretudo de tipo internalizante, já que o resultado para os de tipo externalizante é apenas tendencial - marginalmente significativo). O resultado referente à classe social, contraria os de outros autores que apontam para que as crianças provenientes de meios socioeconómicos mais desfavorecidos apresentarão uma maior incidência de problemas de comportamento (e.g., Ackerman, Brown & Izard, 2003; Qi & Keiser, 2003). Se se considerar que o meio socioeconómico pode estar relacionado com o nível de escolaridade então o resultado obtido neste estudo relativamente a esta última variável poderá enquadrar-se no dos últimos autores referidos. Também num estudo de Major (2007) se concluiu que as crianças cujas mães tinham níveis mais baixos de escolaridade foram percebidas como possuindo menos aptidões sociais e mais problemas de comportamento, em comparação com aquelas cujas mães obtiveram níveis de escolaridade mais altos (Major, 2007).

Tendo em conta os resultados obtidos, a Hipótese 2, que previa variações nas dimensões em estudo em função de pelo menos algumas das variáveis maternas consideradas, foi confirmada.

## **7.2 Relação do Ambiente Familiar com as Aptidões Sociais e o Comportamento da Criança**

A análise da relação do ambiente familiar com as aptidões sociais e o comportamento das crianças com AGD (Objetivo 2) conduziu a um resultado significativo, indicando que, quanto maior o nível de conflito familiar sentido pelas mães, mais problemas de comportamento externalizantes são identificados na criança. Como se especificou no enquadramento teórico, não se conseguiu aceder a estudos que abordem a relação entre as dimensões em estudo quando a criança apresenta AGD. Contudo, o resultado obtido poderá enquadrar-se nos resultados de um estudo com crianças com dificuldades de aprendizagem em que se verificou que as crianças com problemas de comportamento (sobretudo externalizantes) sofrem mais agressões físicas por parte dos pais e o relacionamento destes com a criança é descrito como distante ou envolvendo conflito (Ferreira & Maturano, 2002)

Não existindo literatura que aborde a relação entre as dimensões em estudo quando a criança tem AGD, antecipou-se que talvez no presente estudo se encontrassem resultados na mesma linha dos obtidos com crianças que não apresentam AGD, o que não aconteceu. Especificamente, o facto de não terem sido corroborados resultados de estudos em que se verificou que não só há uma associação entre níveis baixos de coesão familiar e problemas de comportamento (e.g., agressão) (Shulman & Prechter, 1989), como há uma relação entre a expressividade na família e características do funcionamento social e comportamental da criança (e.g., Fosco & Grych, 2007; Halberstadt, Dennis, & Hess, 2011), poderá dever-se a diferenças entre estes estudos e o agora apresentado nas características das crianças-alvo, mas será igualmente pertinente considerar que a distintividade de resultados poderá ter subjacente a dimensão reduzida da amostra estudada, carecendo-se, mais uma vez, de estudos com amostras de maior dimensão.

A Hipótese 3, que previa uma associação do ambiente familiar (pelo menos uma das dimensões) com as aptidões sociais ou o comportamento da criança, foi confirmada.

## **7.3 Relação do Ambiente Familiar, das Aptidões Sociais e do Comportamento com as Preocupações Maternas com o Desenvolvimento e Comportamento da Criança**

Um dos objetivos do presente estudo (Objetivo 3) prendia-se com a análise da relação quer do ambiente familiar, quer das aptidões sociais e comportamento da criança com as preocupações maternas com o desenvolvimento global da criança e com o seu

comportamento - duas áreas identificadas como sendo das que mais preocupação suscitavam nas mães no momento actual. Nenhuma destas preocupações se associou com o ambiente familiar, mas a preocupação quer com o desenvolvimento, quer com o comportamento das crianças com AGD relacionou-se com mais problemas de comportamento, de tipo internalizante e de tipo externalizante, ainda que o resultado subjacente à associação deste último com a preocupação com o desenvolvimento global seja marginalmente significativa. Acresce que a preocupação com o comportamento se relacionou negativamente com as aptidões sociais.

Estes resultados são concordantes com os de vários estudos com crianças com atraso de desenvolvimento e défice intelectual, os quais mostram que estas crianças têm um risco acrescido de desenvolverem problemas sociais, emocionais e de comportamento (e.g., Baker et al., 2003; Brassard & Boehm, 2007; Dykens, 2000; Eisenhower, Baker, & Blacher, 2005). O risco ao nível dos problemas de comportamento, e o facto de estes constituírem uma preocupação para as mães, vai ao encontro da investigação levada a cabo neste contexto, a qual tem sugerido que, por exemplo, diferentes síndromes que têm défice intelectual associado poderão contribuir para comportamentos de risco na criança e ter efeitos indirectos nos prestadores de cuidados e na família (Eisenhower et al., 2005). Por fim, um outro estudo mostra que crianças de 2 anos com risco de atraso de desenvolvimento demonstram ter já sinais de maior propensão para problemas de comportamento, em comparação com os seus pares sem risco identificado (Feldman et al., 2000).

Dado que o estudo de Merrell e Holland (1997) sugere que as crianças com atraso de desenvolvimento apresentam 4 a 5 vezes mais défices nas aptidões sociais do que as crianças sem atraso de desenvolvimento, designadamente nas áreas da interacção social, independência social e isolamento social, seria esperado que os resultados deste estudo pudessem ir no mesmo sentido, identificando-se, por exemplo, uma relação entre as preocupações com o desenvolvimento e as aptidões sociais, o que, como se referiu, não aconteceu. Acresce que as mães que identificam mais aptidões sociais na criança referem menos preocupações com o comportamento. Parece, pois, ser possível que, na amostra estudada, os problemas da criança sejam mais ao nível comportamental do que nas aptidões sociais.

Por fim, refira-se que a ausência de associações significativas entre as preocupação maternas (com o desenvolvimento global e com o comportamento da criança) e o ambiente familiar não parece ir na mesma linha do mencionado em estudos anteriores quanto ao facto

da interação familiar poder ser afetada de várias formas pela presença de uma criança com atraso no desenvolvimento (e.g., Brown et al., 2006; Warfield et al., 2005).

Desta forma, a Hipótese 4, que previa uma relação das preocupações maternas com, pelo menos, o comportamento da criança foi confirmada.

#### **7.4 Perspectiva Materna e Perspectiva das Educadoras sobre as Aptidões Sociais e o Comportamento da Criança**

O último objetivo deste estudo tinha subjacente a análise comparativa da perspectiva materna e da perspectiva das educadoras face às aptidões sociais e ao comportamento das crianças com AGD (Objetivo 4). Verificou-se que mães e educadoras não se distinguem face à perspectiva sobre as aptidões sociais da criança, mas as mães identificaram mais problemas de comportamento de tipo externalizante, em comparação com as educadoras. Este dado vai ao encontro de estudos realizados anteriormente que referem ser baixo o grau de acordo entre informantes com diferentes papéis na vida da criança (e.g., pais e professores) (e.g., Gagnon et al., 2007; Goodman, 2001; Winsler & Wallace, 2002). Acresce que os pais (em especial a mãe), comparativamente com os educadores, tendem a classificar os filhos como tendo mais problemas de comportamento (Gagnon et al., 2007; Winsler & Wallace, 2002), e um estudo de Verhulst e Akkerhuis (1999), com crianças entre os 4 e os 12 anos, mostrou mesmo que os pais relatam mais problemas de comportamento de tipo externalizante do que os professores, indo o resultado agora encontrado na linha destes. Refira-se, porém, que o resultado do presente estudo não corrobora os de outros autores que sugerem existir, em geral, um maior grau de acordo entre pais e educadores para problemas externalizantes do que para os comportamentos internalizantes (Gagnon, Nagle, & Nickerson, 2007; Winsler & Wallace, 2002).

Como se referiu, mães e educadoras não se distinguiram na sua perspectiva sobre as aptidões sociais da criança. A análise incidiu no resultado global desta dimensão, mas teria sido interessante explorar a comparação em termos de subescalas específicas já que um estudo de Major e Seabra-Santos (2014a), com crianças entre os 3 e os 6 anos, sugere que os pais valorizam mais as aptidões associadas à interação com outras crianças (e.g., demonstrar afeto por outras crianças, fazer amigos) e de proximidade para com os adultos, e os educadores valorizaram mais comportamentos visíveis em contexto de jardim de infância com impacto no funcionamento do grupo/atividades (e.g., sentar-se e ouvir histórias, ser aceite e apreciado pelos pares e conseguir separar-se dos pais).

Atendendo ao que foi exposto anteriormente, confirma-se a última hipótese deste estudo (Hipótese 5), a qual previa que as perspectivas das mães e das educadoras se distinguíssem nas aptidões sociais ou no comportamento.

## 8. Conclusão

Neste último ponto apresentam-se as conclusões principais do presente estudo, centrado no ambiente familiar (dimensão relacional) percebido por mães de crianças com AGD, e nas aptidões sociais e problemas de comportamento referidos pelas mães e educadoras das mesmas crianças, sendo também apontadas algumas limitações do estudo e sugeridas investigações futuras.

O primeiro objectivo delineado para este estudo visava a caracterização das dimensões em estudo em função de variáveis sociodemográficas da criança e maternas. No que se refere ao ambiente familiar, os resultados indicaram que este ambiente não sofre alterações significativas em função quer do sexo e idade das crianças, quer de terem, ou não, irmãos. Também a idade da mãe não parece ser influente no ambiente relacional da família quando existe uma criança com AGD. No entanto, a classe social média/média-alta (*versus* baixa/média-baixa) e o nível de escolaridade mais alto associaram-se com níveis mais elevados de coesão e expressividade, destacando-se ainda níveis mais elevados de conflito nas mães menos escolarizadas, o que vai ao encontro do esperado.

Relativamente às aptidões sociais e ao comportamento, no âmbito das variáveis da criança destacou-se que as mães referem mais problemas de comportamento de tipo internalizante nas crianças mais velhas, não conduzindo o sexo ou o facto de ter ou não irmãos a resultados significativos. Tal como no caso do ambiente familiar, as aptidões sociais e os problemas de comportamento parecem sofrer mais alterações decorrentes principalmente de características maternas, tendo-se verificado que as mães mais novas identificam mais problemas de comportamento de tipo internalizante e as mães com menos escolaridade relatam mais problemas de comportamento (sobretudo internalizantes). O conjunto dos resultados mostra a importância de, no contexto clínico, se atender ao ambiente relacional da família no caso de mães com características sociodemográficas específicas, e não apenas às crianças com AGD. Acresce que as mães mais novas apresentam mais dificuldade em lidar com comportamentos da criança que são “menos visíveis” que os de tipo externalizante, como comportamentos de tipo ansioso, inibição ou queixas somáticas. Adicionalmente, um nível de instrução mais baixo está geralmente associado a meios socioeconómicos menos

favorecidos, onde há habitualmente menos estimulação e organização do meio ambiente, aspectos que se sabe poderem ter um efeito negativo no desenvolvimento da criança. Nas crianças com AGD este facto reveste-se ainda de maior importância dadas as necessidades inerentes à sua condição. A análise da relação do ambiente familiar com as aptidões sociais e o comportamento de crianças com AGD constituiu o segundo objetivo do estudo, salientando-se que níveis mais altos de conflito familiar se associaram com mais problemas de comportamento externalizantes na criança. Este dado deverá ser tido em conta no contexto clínico e vem reforçar que um ambiente familiar estável e harmonioso potenciará o desenvolvimento da criança, diminuindo o risco de aparecimento de problemas de comportamento.

Numa outra linha, a análise da relação das dimensões estudadas com as preocupações maternas (terceiro objectivo) permitiu constatar que as dimensões do ambiente familiar não se relacionaram com as preocupações das mães quer com o desenvolvimento global da criança, quer com o comportamento. Estes resultados poderão indiciar que o facto das crianças com AGD da amostra deste estudo serem acompanhadas clinicamente numa consulta de desenvolvimento, promoverá uma melhor compreensão e aceitação do problema por parte das mães. Contudo, sobressaiu que as mães que têm preocupações com o desenvolvimento e com o comportamento das crianças identificam mais problemas de comportamento (externalizantes e internalizantes), para além de que as mães com preocupações com o comportamento da criança referem também menos aptidões sociais nos filhos. Desta forma, o modo como as mães das crianças com AGD avaliam o seu comportamento e a relação com os pares vai ao encontro do que seria expectável, atendendo a que as crianças com atraso de desenvolvimento têm um risco acrescido de apresentarem problemas sociais, emocionais e de comportamento. Os resultados têm implicações para o contexto clínico uma vez que os problemas de comportamento tendem a ser estáveis no tempo o que pode conduzir, futuramente, a problemas no relacionamento social e nas próprias aprendizagens escolares, e ter também um efeito, mesmo que indirecto, na família.

Relativamente à comparação da perspectiva materna e da perspectiva das educadoras face às aptidões sociais e ao comportamento da criança com AGD (quarto objectivo), os resultados mostraram que as mães identificaram mais problemas de comportamento de tipo externalizante, comparativamente com as educadoras. Esta divergência de perspectivas reforça a necessidade de se atender aos vários contextos de vida da criança. Mais uma vez, este resultado vai ao encontro do que seria expectável uma vez que os pais (em especial a mãe), comparativamente com os educadores, tendem a classificar os filhos como tendo mais

problemas de comportamento. O facto de não se terem obtido diferenças significativas em relação às aptidões sociais sugere que elas serão perspetivadas de forma semelhante por mães e educadoras.

De referir que as cinco hipóteses colocadas no âmbito do estudo, receberam todas confirmação.

Os resultados obtidos neste estudo sugerem a importância de, na prática clínica em contexto pediátrico, se atender não só às necessidades da criança com AGD, mas também às do seu cuidador principal e da família, bem como ao contexto escolar, neste caso pré-escolar. É necessário proporcionar um apoio e intervenção personalizados e que se adequem às características e particularidades de cada família, de forma a minimizar as consequências do AGD e permitir uma melhor integração destas crianças no contexto (pré)-escolar.

Em alguns casos poderá ser pertinente uma abordagem que considere não só as mães, como outros membros da família, de modo a minimizar os efeitos do AGD no ambiente relacional da família. Apesar de os resultados não sugerirem que o ambiente familiar (relacional) é afetado de forma extensiva pela presença de uma criança com AGD, alguns deles reforçam que, durante o processo de avaliação e intervenção com a criança, se tenha em conta que o AGD pode interferir na dinâmica relacional da família, podendo alguns casos beneficiar até de uma abordagem familiar. Para além disso, seria interessante a criação de grupos de apoio, onde a família pudesse proceder a uma partilha de experiências com outras famílias de crianças com AGD.

No que diz respeito às limitações do presente estudo, salienta-se que ele é de natureza correlacional, pelo que não permite estabelecer relações causa-efeito entre as variáveis consideradas. A reduzida dimensão da amostra limita igualmente as conclusões a retirar e a sua generalização. É também de referir que a não inclusão de um grupo de controlo constitui uma limitação adicional. Por fim, o facto de a amostra de educadoras ter uma dimensão inferior à da amostra de mães contribuiu para reduzir ainda mais o número de sujeitos na análise respectiva.

No futuro, seria pertinente a realização de estudos com amostras de maior dimensão e, na linha da limitação antes apontada, eles deverão contemplar um grupo de controlo, procedendo-se à análise das duas dimensões em famílias com crianças com AGD e em famílias com crianças com um desenvolvimento típico. Para além disto, seria apropriada a integração de outros informantes, designadamente os pais, comparando a sua perspectiva com a das mães e a das educadoras. Seria ainda interessante a realização, com esta população, de estudos que permitissem relacionar não só o ambiente familiar, mas também as áreas de



impacto do AGD na família com as aptidões sociais e com os problemas de comportamento. A realização de estudos longitudinais seria igualmente importante, na medida em que permitiria compreender se a perspectiva acerca do ambiente familiar e das aptidões sociais e problemas de comportamento se alterava ao longo do tempo, com a evolução e crescimento da criança, independentemente da evolução da condição de desenvolvimento.

## Referências

- Achenbach, T. M. (1991) *Manual for the Child Behaviour Checklist/4-18 and 1991 profile*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry
- Achenbach, T., & Edelbrock, C. (1978). The classification of child psychopathology: A review and analysis of empirical efforts. *Psychological Bulletin*, 85, 1275-1301. doi: 10.1037/0033-2909.85.6.1275
- Andersson, H. W., & Sommerfelt, K. (2001). The relationship between cognitive abilities and maternal ratings of externalizing behaviors in preschool children. *Scandinavian Journal of Psychology*, 42, 437-444. doi:10.1111/1467-9450.00256
- Amato, P. (1989). Family processes and the competence of adolescents and primary school children. *Journal of Youth and Adolescence*, 18(1), 39-53. doi: 10.1007/BF02139245
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4<sup>a</sup> ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2002). *Manual de diagnóstico e estatística dos distúrbios mentais* (4<sup>a</sup> ed. Rev.; José Nunes de Almeida, Trad.). Lisboa: Climepsi Editores
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Andraca, I., Pino, P., La Parra, A., Rivera, F., & Castilo, M. (1998). Factores de riesgo para el desarrollo psicomotor en lactantes nacidos en óptimas condiciones biológicas.. *Revista Saúde Pública*, 32(2), 138-47. doi: 10.1590/S0034-89101998000200006
- Andrade, S. A., Santos, D. N., Bastos, A. C., Pedromônico, M., Almeida-Filho, N., & Barreto, M. (2005). Family environment and child's cognitive development: An epidemiological approach. *Revista de Saúde Pública*, 39(4), 606-611. doi: 10.1590/S0034-89102005000400014
- Anselmi, L., Piccinini, C. A., Barros, F. C., & Lopes, R. S. (2004). Psychosocial determinants of behaviour problems in brazilian preschool children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(4), 779-788. doi: 10.1111/j.1469-7610.2004.00271.x.

- Arboleda, M. (2000). Ambiente familiar y problemas de adaptación de los hijos. In A. Fontaine (Coord.). *Parceria família-escola e desenvolvimento da criança* (pp. 80-98). Porto: Edições Asa.
- Baker, B. L., Blacher, J., Crnic, K. A., & Edelbrock, C. (2002). Behavior problems and parenting stress in families of three-year-old children with and without developmental delays. *American Journal of Mental Retardation*, 107, 433-444. doi: 10.1352/0895-8017(2002)107
- Baker, B. L., McIntyre, L. L., Blacher, J., Crnic, K., Edelbrock, C., & Low, C. (2003). Pre-school children with and without developmental delay: Behavior problems and parenting stress over time. *Journal of Intellectual Disability Research*, 47(4/5), 217-230. doi: 10.1111/j.1365-2788.2005.00691.x
- Bellman, M., & Cash, J. (1987). *The schedule of growing skills in practice*. London: NFER.
- Bradley, R. M. (1981). The HOME inventory: A Validation of the preschool scale for black children. *Child Development*, 52(2), 708-710. doi: 10.1111/1467-8624.ep8860553
- Bradley, R. H., & Corwyn, R. F. (2002). Socioeconomic status and child development. *Annual Review of Psychology*, 53, 371-399. doi: 10.1146/annurev.psych.53.100901.135233
- Brassard, M. R., & Boehm, A. E. (2007). Assessment of emotional development and behavior problems. In *Preschool assessment: Principles and practices* (pp. 508-576). New York: Guilford Press.
- Bronfenbrenner, V., & Ceci, S. J. (1994). Nature-nurture reconceptualized in developmental perspective: A bioecological model. *Psychological Review*, 101, 562-585. doi: 10.1037/0033-295X.101.4.568
- Brown, R. I., MacAdam-Crisp, J., Wang, M., & Iarocci, G. (2006). Family quality of life when there is a child with a developmental disability. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 3(4), 238-245. doi: 10.1111/j.1741-1130.2006.00085.x.
- Cadete, A., Melo, F., Oliveira, G., Ferreira, L. Ramos, M., & Cunha, M. (2012). Consenso do seguimento das crianças nascidas de muito baixo peso (<1500 g) e/ou menos de 32 semanas inseridas na Base do Registo Nacional do MBP. *Secção de Neonatologia e*

*Sociedade de Pediatria do Neurodesenvolvimento da Sociedade Portuguesa de Pediatria*, 3-13.

- Campbell, S. B. (1994). Hard-to-manage preschool boys: Externalizing behavior, social competence, and family context at two-year follow-up. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 22(2), 147-166. doi: 10.1111/j.1467-8624.2007.01130.x
- Campbell, S. B. (1995). Behavior problems in preschool children: A review of recent research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36(1), 113-149. doi: 10.1111/j.1469-7610.1995.tb01657.x
- Campbell, S. B. (2002). *Behavior problems in preschool children: Clinical and developmental issues* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Campbell, S. B., Shaw, D. S., & Gilliom, M. (2000). Early externalizing behavior problems: Toddlers and preschoolers at risk for later maladjustment. *Development and Psychopathology*, 12, 467-488. doi: 10.1017/S0954579400003114
- Cohen, L. G., & Spenciner, L. J. (1994). *Assessment of young children*. Longman: New York.
- Colarossi, L., & Eccles, J. (2000). A prospective study of adolescents' peer support: Gender differences and the influence of parental relationships. *Journal of Youth and Adolescence*, 29(6), 661-678. doi: 10.1023/A:1026403922442.
- Cole, P. M., Usher, B. A., & Cargo, A. P. (1993). Cognitive risk and its association with risk for disruptive behavior disorder in preschoolers. *Journal of Clinical Child Psychology*, 22(2), 154-164. doi: 10.1207/s15374424jccp2202\_3
- Cuskelly, M., & Dadds, M. (1992). Behavioural problems in children with down's syndrome and their siblings. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 33, 749-761. doi: 10.1111/j.1469-7610.1992.tb00910.x.
- Denham, S. A., & Burton, R. (2003). *Social and emotional prevention and intervention programming for preschoolers*. New York: Kluwer Academic/Plenum. doi: 10.1007/978-1-4615-0055-1

- Dietz, K. R., Lavigne, J. V., Arend, R., & Rosenbaum, D. (1997). Relation between intelligence and psychopathology among preschoolers. *Journal of Clinical Child Psychology*, 26(1), 99-107. doi: 10.1207/s15374424jccp2601\_10
- Drews, D., Yeargin-Allsopp, M., Decouflé, P., & Murphy, C. (1995). Variation in the influence of selected sociodemographic risk factors for mental retardation. *American Journal of Public Health*, 85, 329-334. doi: 10.2105/AJPH.85.3.329
- Dykens, E. M. (2000). Psychopathology in children with intellectual disability. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41(4), 407-417. doi: 10.1111/1469-7610.00626
- Dyson, L. L. (2003). Children with learning disabilities within the family context: A comparison with siblings in global self-concept, academic self-perception, and social competence. *Learning Disabilities Research & Practice*, 18(1), 1-9. doi: 10.1111/1540-5826.00053
- Eisenhower, A. S., Baker, B. L., & Blacher, J. (2005). Preschool children with intellectual disability: Syndrome specificity, behaviour problems, and maternal well-being. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49, 657-671. doi: 10.1111/j.1365-2788.2005.00699.x
- Emerson, E., & Einfeld, S. (2010). Emotional and behavioural difficulties in young children with and without developmental delay: A bi-national perspective. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51, 583-593. doi: 10.1111/j.1469-7610.2009.02179.x
- Feldman, M., Hancock, B. A., Rielly, M. A., Minnes, P., & Cairns, C. (2000). Behavior problem in young children with or at risk for developmental delay. *Journal of Child and Family Studies*, 9(2), 247-261. doi: 10.1023/A:1009427306953
- Ferreira, J. C. (2004). Atraso global do desenvolvimento psicomotor. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 20, 703-712.
- Ferreira, M. C., & Marturano, E. M. (2002). Ambiente familiar e os problemas de comportamento apresentados por crianças com baixo desempenho escolar. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15, 35-44. doi: 10.1590/S0102-79722002000100005

- Figueiras, A., Pedromônico, M., Sales, L., & Figueiras, S. (2000) *Manual para vigilância do desenvolvimento da criança de 0 a 2 anos de idade na atenção primária à saúde*. Belém: Secretaria Municipal de Saúde de Belém.
- Fosco, G. M., & Grych, J. H. (2007). Emotional expression in the family as a context for children's appraisals of interparental conflict. *Journal of Family Psychology*, 21(2), 248-258. doi: 10.1037/0893-3200.21.2.248
- Fonseca, A. C., Simões, A., Rebelo, J. A., & Cardoso, F. (1994). Um inventário de competências sociais e de problemas de comportamento em crianças e adolescentes: *O Child Behavior Checklist de Achenbach (CBCL)*. *Psychologica*, 12, 55-78.
- Gadow, K. D., DeVicent, C. J., Pomeroy, J., & Azizian, A. (2004). Psychiatric symptoms in preschool children with PDD and clinical and comparison samples. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 34, 379-393. doi: 10.1023/B:JADD.0000037415.21458.93
- Gagnon, S. G., Nagle, R. J., & Nickerson, A. B. (2007). Parent and teacher ratings of peer interactive play and social-emotional development of preschool children at risk. *Journal of Early Intervention*, 29(3), 228-242. doi: 0.1177/105381510702900303
- Garbarino, J. (1990) The human ecology of early risk. In S. Meisels (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (pp. 78-96). Melbourne: Cambridge University Press.
- Gardner, F., & Shaw, D. (2008). Behavioral problems of infancy and preschool children (0-5). In M. Rutter, D. Bishop, D. Pine, S. Scott, J. Stevenson, E. Taylor, & A. Thapar (Eds.), *Rutter's child and adolescent psychiatry* (pp. 882-893). Blackwell.
- Goldstein, L. H., Harvey, E. A., Friedman-Weieneth, J. L., Pierce, C., Tellert A., & Sippel, J. C. (2007). Examining subtypes of behavior problems among 3-years-old children. Part II: Investigating differences in parent psychopathology, couple conflict, and other family stressors. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35, 111-123. doi: 10.1007/s10802-006-9088-x
- Goodman, R. (2001). Psychometric properties of the strengths and difficulties questionnaire. *Journal of American and Academic Child and Adolescent Psychiatry*, 40(11), 1337-1345. doi: 10.1097/00004583-200111000-00015

- Halberstadt, G., Dennis, A., & Hess, U. (2011). The influence of family expressiveness, individuals' own emotionality, and self-expressiveness on perceptions of others' facial expressions. *Journal of Nonverbal Behavior*, 35, 35-50. doi: 10.1007/s10919-010-0099-5
- Halpern, R., & Figueiras, A. (2004) Influências ambientais na saúde mental da criança. *Jornal de Pediatria*, 80(2). doi: 10.2223/JPED.1174
- Harvey, E. A., Youngwirth, S. D., Thakar, D. A., & Errazuriz, P. A. (2009). Predicting attention-deficit/hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder from preschool diagnostic assessments. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 77(2), 349-354. doi: 10.1037/a0014638
- Heller, T. L., Baker, B. L., Henker, B., & Hinshaw, S. P. (1996). Externalizing behavior and cognitive functioning from preschool to first grade: Stability and predictors. *Journal of Clinical Child Psychology*, 25(4), 376-387. doi: 10.1207/s15374424jccp2504\_3
- Holahan, C., & Moos, R. (1987). Personal and contextual determinants of coping strategies. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(5), 946-955. doi: 10.1037//0022-3514.52.5.946
- Holland, M. L., & Merrell, K. W. (1998). Social-emotional characteristics of preschool-aged children referred for Child Find screening and assessment: A comparative study. *Research in Developmental Disabilities*, 19, 167-179. doi: 10.1016/S0891-4222(97)00049-8
- Hooshyar, N. (1985). *Home environment of handicapped children*. Washington, DC: Department of Education .
- Instituto Nacional de Estatística (2011). *Classificação Portuguesa das Profissões 2010 (versão 2011)*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Jaycox, L., & Repetti, R. (1993). Conflict in families and the psychological adjustment of pre-adolescent children. *Journal of Family Psychology*, 7(3), 344-355. doi: 10.2307/1129836.

- Johnston C, & Mash E. J. (2001). Families of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: Review and recommendations for future research. *Clin Child Fam Psychol Rev*, 4(3), 183-207. doi: 10.1080/09297049.2014.994485
- Konold, T. R., Hamre, B. K., & Pianta, R. C. (2003). Measuring problem behaviors in young children. *Behavioral Disorders*, 28(2), 111-123.
- Koul, R., Al-Yahmedi, M., & Al-Futaisi, A. (2012). Evaluation of children with global developmental delay: A prospective study at Sultan Qaboos university hospital, Oman. *Oman Medical Journal*, 27(4), 310-313. doi: 10.5001/omj.2012.76.
- Lane, K. L., Stanton-Chapman, T., Jamison, K. R., & Phillips, A. (2007). Teacher and parent expectations of preschoolers' behavior: Social skills necessary for success. *Early Childhood Special Education*, 27(2), 86-97. doi: 10.1177/02711214070270020401
- Leary, P. M., & Verth, F. (1995). The effects of a mentally retarded child on family functioning in a third world community. *Early Child Development and Care*, 109, 83-88. doi: 10.1080/0300443951090106
- Lemanek, K. L., Stone, W. L., & Fishel, P. T. (1993). Parent-child interactions in handicapped preschoolers: The relation between parent behaviors and compliance. *Journal of Clinical Child Psychology*, 22, 68-77. doi: 10.1207/s15374424jccp2201\_7.
- Lieberman, A., Barnard, K., & Wieder, S. (2004). Diagnosing infants, toddlers, and preschoolers: The zero to three diagnostic classification of early mental health disorders. In R. DelCarmen-Wiggins & A. Carter (Eds.), *Handbook of infant, toddler, and preschool mental healthy assessment* (pp. 141-158). Oxford: University Press.
- Lombana, J. H. (1992). Learning disabled students and their families: Implications and strategies for counselors. *The Journal of Humanistic Education and Development*, 31(1), 33-40. doi: 10.1002/j.2164-4683.1992.tb00059.x
- Lopes, J. A., Rutherford, R. B., Cruz, M. C., Mathur, S. R., & Quinn, M. M. (2006). *Competências sociais: Aspectos comportamentais, emocionais e de aprendizagem*. Braga: Psiquilíbrios



- López-Soler, C., Sáez, M. C., López, M. A., Fernández, V. F., & Pina, J. A. L. (2009). Prevalencia y características de los síntomas externalizantes en la infancia. Diferencias de género. *Psicothema*, 21(3), 353-358.
- Lucey, C. F., & Lam, S. Y. (2012). Predicting suicide risks among outpatient adolescents using the Family Environment Scale: Implications for practice and research. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 34(2), 107-117. doi: 10.1007/s10447-011-9140-6
- Luiz, D., Barnard, A., Knoesen, N., Kotras, N., Faragher, B., Burns, L., & Challis, D. (2008). *Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths - Extensão Revista (Revisão de 2006) dos 2 aos 8 anos*. Manual Técnico. Lisboa: Cegoc-Tea.
- Majnemer, A., & Shevell, M. (2006). Diagnostic yield of the neurologic assessment of the developmentally delayed child. *The Journal of Pediatrics*, 127(2), 193-199.
- Major, S. O. (2007). *Avaliação de aptidões sociais e problemas de comportamento em idade pré-escolar: Estudo exploratório com crianças portuguesas* (Dissertação de Mestrado não publicada). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra
- Major, S. O. (2011). *Avaliação de aptidões sociais e problemas de comportamento em idade pré-escolar: Retrato das crianças portuguesas* (Tese de doutoramento Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra, Portugal).
- Major, S., & Seabra-Santos, M. J. (2014a). Aptidões sociais e problemas de comportamento: Retratos das crianças portuguesas de idade pré-escolar. *RIDEP*, 38(2), 69-92
- Major, S., & Seabra-Santos, M. J. (2014b). Preschool and Kindergarten Behavior Scales—Second Edition (PKBS-2): Adaptação e estudos psicométricos da versão portuguesa. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 27(4), 689-699. doi: 10.1590/1678-7153.201427409. 689
- Margalit, M., & Almougy, K. (1991). Classroom behavior and family climate in students with learning disabilities and hyperactive behavior. *Journal of Learning Disabilities*, 24, 406-412.

- Margalit, M., & Ankonina, D. B. (1991). Positive and negative affect in parenting disabled children. *Counselling Psychology Quarterly*, 4, 289-299. doi: 10.1080/09515079108254437.
- Margalit, M., & Heiman, T. (1988). Social competence of learning disabled children: Cognitive and emotional aspects. *Exceptional Child*, 3, 179-180. doi: 10.1080/0156655880350306
- Martínez-Pampliega, A., Iraurgi, I., Galíndez, E., & Sanz, M. (2006). Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES). Desarrollo de una versión de 20 ítems en español. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(2), 317-338. doi: 10.1192/pb.29.6.215
- Martins, M., Costa, J., Saforcada, E., & Costa, M. (2004). Qualidade do ambiente e fatores associados: Um estudo em crianças de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(3), 710-718. doi: 10.1590/S0102-311X2004000300007
- Matos, P. M., & Fontaine, M. (1992). *Family environment scale – FES. Adaptação portuguesa. Manuscrito não-publicado*. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.
- McConnell, M. D. (1998). *Developmental delay vs developmental disorder in young children: Understanding the difference*. Retirado de <http://www.gillettechildrens.org>
- Merrell, K. W., & Gimpel, G. A. (1998). *Social skills of children and adolescents: Conceptualization, assessment, treatment*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Merrell, K. W., & Holland, M. L. (1997). Social-emotional behavior of preschool-age children with and without developmental delays. *Research in Developmental Disabilities*, 18, 393-405. doi: 10.1016/S0891-4222(97)00018-8
- Merrell, K. W., & Wolfe, T. M. (1998). The relationship of teacher-rated social skills deficits and ADHD characteristics among kindergarten-age children. *Psychology in the Schools*, 35(2), 101-109. doi: 10.1002/(SICI)1520-6807(199804)35:2<101::AID-PITS1>3.0.

- Mesman, J., Bongers, I. L., & Koot, H. M. (2001). Preschool developmental pathways to preadolescent internalizing and externalizing problems. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42(5), 679-689. doi: 10.1017/S0021963001007351
- Molofsky, W. J., & Gold, A. P. (1988). Pediatric neurological evaluation. In C. Kestenbaum & D. Williams (Eds.), *Handbook of clinical assessment of children and adolescents* (pp. 379-395). New York: University Press.
- Montiel-Nava, C., Montiel-Barbaro, I., & Peña, J. A. (2005). Clima familiar en el trastorno por déficit de atención-hiperactividad. *Psicologia Conductual*, 13(2), 297-310. doi: 10.5867/medwave.2012.06.5444
- Morrison, G. M., & Zetlin, A. (1992). Family profiles of adaptability, cohesion, and communication for learning handicapped and nonhandicapped adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 21, 225-240. doi: 10.1007/BF01537338.
- Moos, S. M., & Moos, B. (1986). *Family Environment Scale manual*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Musitu, G., Román, J., & Gutiérrez, M. (1996). *Educación familiar y socialización de los hijos*. Barcelona: Idea Universitaria.
- Núñez, B. (2003). La familia con un hijo con discapacidad: Sus conflictos vinculares. *Sociedad Argentina de Pediatría*, 101(2), 133-42.
- Oliveira, R., Rodrigues, F., Venâncio, M., Saraiva, J., & Fernandes B. (2012). Etiologic evaluation and investigation of global development delay and intellectual disability. *Saúde Infantil*, 34(3), 5-10.
- Paschos, D., & Bouras, N. (2007). Mental health supports in developmental disabilities. In R. Odom, H. Horner, M. E. Snell, & J. Blacher (Eds.), *Handbook of developmental disabilities* (pp. 483-500). New York: Guilford Press.
- Perry, A., Harris, K., & Minnes, P. (2005). Family environments and family harmony: An exploration across severity, age, and type of DD. *Journal on Developmental Disabilities*, 11(1), 17-29.

- Pike, A., McGuire, S., Hetherington, E., Reiss, D., & Plomin, R. (1996). Family environment and adolescent depressive symptoms and antisocial behavior: A multivariate genetic analysis. *Developmental Psychology*, 32(4), 590-603. doi: 10.1007/BF01070799
- Pilz, L., & Schermann, B. (2007). Determinantes biológicos e ambientais no desenvolvimento neuropsicomotor em uma amostra de crianças de Canoas/RS. *Cien Saude Colet*, 12(1), 181-190. doi: 10.1590/S1413-81232007000100021
- Porfirio, H., Nogueira, S., Fernandes, B., & Borges, L. (1999). A criança com déficit cognitivo- Ponto da situação da abordagem médica. Parte I. *Saúde Infantil*, 21(2), 7-13.
- Pratta, E., & Santos, M. (2007). Família e adolescência: A influência do contexto familiar no desenvolvimento psicológico dos seus membros. *Psicologia em Estudo*, 12(2), 247-256. doi: 10.1590/S1413-73722007000200005
- Qi, C. H., & Kaiser, A. P. (2003). Behavior problems of preschool children from low-income families: Review of the literature. *Early Childhood Special Education*, 23(4), 188-216. doi: 10.1177/02711214030230040201
- Repetti, R., Taylor, S., & Seeman, T. (2002). Risky families: Family social environments and the mental and physical health of offspring. *Psychological Bulletin*, 128(2), 330-366. doi: 10.1037//0033-2909.128.2.330
- Roberts, C., Mazzucchelli, T., Studman, L., & Sanders, M. (2006). Behavioral family intervention for children with developmental disabilities and behavioral problems. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 35(2), 189-193. doi: 0.1207/s15374424jccp3502\_2
- Roberts, C., Mazzucchelli, T., Taylor, K., & Reid, R. (2003). Early intervention for behavior problems in young children with developmental disabilities. *International Journal of Disability, Development, and Education*, 50, 275-292. doi: 10.1080/1034912032000120453
- Ropers, H., (2010). Genetic of early onset cognitive impairment. *Annu Rev Genom Hum Genet*, 11, 161-87. doi: 10.1146/annurev-genom-082509-141640

- Rutter, M. (1989). Pathways from childhood to adult life. *Child Psychol Psychiatry*, 30(1), 23-51. doi: 10.1111/j.1469-7610.1989.tb00768.x.
- Sameroff, J., & Seifer, R. (1983). Familial risk and child competence. *Child Development*, 54(5), 1254-1268. doi: 10.2307/1129680
- Santos, M., & Fontaine, A.M. (1995). Avaliação do ambiente familiar por crianças e pré-adolescentes: Alguns aspectos da adaptação da F.E.S. de Moos & Moos. *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*, 3, 421-430.
- Schalock, R. L., Buntix, W., Borthwick-Duffy, S., Luckasson, R., Snell, M., Tassé, M., et al. (2002). *Users guide: Mental retardation: Definition, classification and systems of supports, 10<sup>th</sup> edition: Applications for the clinicians, educators, disability program managers, and policy makers*. Washington: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.
- Schoon, I., Sacker, A., Hope, S., Callishaw, S., & Maughan, B. (2005). Children's development in the family environment. In S. Dex & H. Joshi (Eds.), *Children of the 21st century. From birth to nine months* (pp. 159-175). Bristol: Policy Press
- Schroeder, V. M., & Kelley, M. L. (2008). Associations between family environment parenting practices and executive functioning of children with and without ADHD. *Journal of Child and Family Studies*, 18(2), 227-235. doi: 10.1007/s10826-008-9223-0
- Schroeder, M. V., & Kelly, M. L. (2010). Family environment and parent child relationships as related to executive functioning in children. *Early Child Development and Care*, 180(10), 1285-1298. doi: 10.1080/03004430902981512
- Silva, E., & Albuquerque, C. (2011). Atraso do desenvolvimento: A imprecisão de um termo. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 12(1), 19-39.
- Shapiro, B., & Batshaw, M. (2002). Developmental delay and intellectual disability. In M. Batshaw, N. Roizen, & G. Lotrecchiano (Eds.), *Children with disabilities* (pp. 291-306). Baltimore: Paul H. Brookes.
- Shevell, M. (2008). Global developmental delay and mental retardation or intellectual

- disability: Conceptualization, evaluation, and etiology. *Pediatric Clinics*, 55(5), 1071–1084. doi: 10.1016/j.pcl.2008.07.010
- Shevell, M., Ashwal, S., Donley, D., Flint, J., Gingold, M., Hirtz, D., ... & Sheth, R. D. (2003). Practice parameter: Evaluation of the child with global developmental delay - Report of the quality standards subcommittee of the American Academy of Neurology and The Practice Committee of the Child Neurology Society. *Neurology*, 60, 367-380. doi: 10.1212/01.WNL.0000031431.81555.16
- Shulman, S., & Prechter, E. (1989). Adolescent perception of family climate and adaptation to residential schooling. *Journal of Youth and Adolescence*, 18(5), 439-449. doi: 10.1007/BF02132779
- Silva, N. L., & Dessen, M. (2001). Deficiência mental e família: Implicações para o desenvolvimento da criança. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 17(2), 133-141. doi: 10.1590/S0102-37722001000200005
- Soliday, E., Kool, E., & Lande, M. B. (2001). Family environment, child behavior, and medical indicators in children with kidney disease. *Child Psychiatry and Human Development*, 31(4), 279-295. doi: 10.1111/j.1369-7625.2011.00674.x
- Srour, M., Mazer, B., & Shevell, M. (2006). Analysis of clinical features predicting etiologic yield in the assessment of global developmental delay. *Pediatrics*, 118(1), 139-145. doi: 10.1542/peds.2005-2702
- Teodoro, M. L., Allgayer, M., & Land, B. (2009). Desenvolvimento e validade factorial do inventário do clima familiar (ICF) para adolescentes. *Psicologia: Teoria e Prática*, 11(3), 27-39.
- Thomas, J. M., & Guskin, K. A. (2001). Disruptive behavior in young children: What does it mean? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(1), 44-51. doi: 10.1097/00004583-200101000-00015
- Tooper, S., Ober, C., & Das, S. (2011) Exome sequencing and the genetics of intellectual disability. *Clin Genet*, 80, 117-26. doi: 10.1111/j.1399-0004.2011.01720.x
- Turnbull, A. P., & Ruef, M. (1996). Family perspectives on problem behavior. *Mental*

*Retardation*, 34, 280-293.

- Trute, B., Benzies, M. K., Worthington, C., Reddon, J. R., & Moore, M. (2010). Accentuate the positive mitigate the negative: Mother psychological coping resources and family adjustment in childhood disability. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 35(1), 36-43.
- Tzoufi, M., Mantas, C., Pappa, S., Kateri, M., Hyphantis, T., Pavlou, M., ... & Siamopoulou-Mavridou, A. (2005). The impact of childhood chronic neurological disease on greek families. *Child: Care, Health & Development*, 31(1), 109-115. doi: 10.1111/j.1365-2214.2005.00492.x
- Vance, H. B. (1998). *Psychological assessment of children: Best practices for school and clinical settings* (2<sup>a</sup> ed.). New York: John Wiley & Sons.
- Verhulst, F. C., & Akkerhuis, G. W. (1989). Agreement between parent's and teachers' ratings of behavioral/emotional problems of children aged 4-12. *Jornal of Child Psychology and Psychiatry*, 30(1), 123-136. doi: 10.1111/j.1469-7610.1989
- Walker, K. C., & Bracken, B. A. (1996). Inter-parent agreement on four preschool behavior rating scales: Effects of parent and child gender. *Psychology in the Schools*, 33(4), 273-283. Doi: 10.1002/(SICI)1520-6807(199610)33:4<273::AID-PITS2>3.0.
- Walker, H. M., Ramsey, E., & Gresham, F. M. (2004). *Antisocial behavior in school: Evidence-based practices*. Belmont, CA: Wadsworth/Thomson Learning.
- Warfield, M. E., Krauss, M. W., Hauser-Cram, P., Upshur, C. C., & Shonkoff, J. P. (1999). Adaptation during early childhood among mothers of children with disabilities. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 20, 9-16.
- Warnes, E. D., Sheridan, S. M., Geske, J., & Warnes, W. A. (2005). A contextual approach to the assessment of social skills: Identifying meaningful behaviors for social competence. *Psychology in the Schools*, 42(2), 173-187. doi: 10.1002/pits.20052
- Weiss, S. J., Goebel, P., Page, A., Wilson, P., & Warda, M. (1999). The impact of cultural and familial context on behavioral and emotional problems of preschool latino children. *Child Psychiatry and Human Development*, 29(4), 287-299. doi:

- Winnicott, D.W. (1965). *The family and individual development*. London: Tavistock.
- Winsler, A., & Wallace, G. L. (2002). Behavior problems and social skills in preschool children: Parent-teacher agreement and relations with classroom observations. *Early Education & Development*, 13(1), 41-58. doi: 10.1207/s15566935eed1301\_3
- Yeargin-Allsopp M., Drews D., Decouflé P., Murphy, C. C. (1995) Mild mental retardation in black and white children in metropolitan Atlanta: A case-control study. *Am J Public Health*, 85, 324-328. doi: 10.2105/AJPH.85.3.324
- Zwaanswijk, M., Verhaak, P. F., Bensing, J. M., Van der Ende, J., & Verhulst, F. C. (2003). Help seeking for emotional and behavioural problems in children and adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 12(4), 153-161. doi: 10.1007/s00787-003-0322-6
- Zevon, M., Fox, R., & Nash, L. (1981). The family environment of the learning disabled child: *An objective description. Paper presented at the Annual International Convention of the Council for Exceptional Children*, Nova Iorque.